

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

**SOMBRAS NO DAR À LUZ: ESTUDO SOBRE A ANSIEDADE EM
GRÁVIDAS DO 1º E 3º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**

José Miguel Oliveira e Silva

outubro de 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientado pelo Professor Doutor *António Abel Pires* (FPCEUP)

*“Nove meses decorrem em que o bebé
descansa no escuro do útero.
Dar à luz é o momento em que
a Vida se ilumina.”*

Avisos legais

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais, ao amor que os uniu e que deu origem à minha vida, com tudo o que me trouxe. Pela capacidade de amar, de crescer, de pensar e de refletir. Nesta origem, em especial à minha mãe a quem dedico este trabalho, reconhecendo que só ela saberá o significado da gravidez, os desafios que atravessou e tudo o que viveu neste ato de se tornar mãe. Incluo naturalmente o meu pai, e depois o meu irmão que inaugurou a maternidade e a paternidade na nossa família para depois generosamente dividir a atenção, e incluir-me na sua existência. A todos eles muito grato.

Agradeço a mim mesmo por ter cumprido um sonho de adolescente e me ter posto ao caminho de me tornar psicólogo, apesar das trajetórias académicas que fui cumprindo até este “retomar”. O desafio foi tremendo, mas a coragem veio diretamente do coração. Com isto agradeço também a quem me incentivou a avançar. Aos meus amigos e familiares e que me apoiaram sempre.

Agradeço ao Luís que se manteve um autêntico companheiro nesta reta final.

Por fim, e concretamente nesta investigação, à Dra. Alexandrina Mendes, pelo convite à temática em estudo, e ao meu orientador por me ter apoiado neste projeto com tamanha compreensão, atenção, flexibilidade e sentido crítico. Ainda nesta investigação agradeço às instituições que facilitaram e apoiaram o acesso às grávidas e, claro, a essas mães experientes ou de primeira vez que generosamente colaboraram no processo.

Resumo

A ansiedade na gravidez tem-se revelado uma temática bastante estudada nos últimos anos, enquadrada em distintas perspectivas e temáticas específicas, tendo em conta as dificuldades psicológicas que a gravidez pode representar, relacionadas com as mudanças profundas desta experiência, tanto a nível físico, emocional, social e familiar. Neste âmbito, tem havido um especial interesse não só nos importantes aspetos com impacto na saúde mental das mulheres, como também nas implicações para o feto, parto, pós-parto e no desenvolvimento da criança. Este estudo teve como objetivo principal estudar a ansiedade em 50 mulheres grávidas do primeiro (n=19) e terceiro (n=31) trimestre, associada ao estado gravídico; bem como a relação com diferentes variáveis sociodemográficas – primíparas (n=30) e múltiparas (n=20); idade; habilitações académicas; estado civil e situação de habitação – e ainda tendo em conta aspetos de comorbilidade com a depressão e as suas diferentes dimensões. A ansiedade foi avaliada através do inventário de estado-traço de ansiedade (STAI), versão Y (Silva & Spielberger, 2007), e a depressão medida através do inventário da avaliação clínica da depressão (IACLIDE) (Vaz Serra, 1994). Os resultados demonstraram ausência de ansiedade como perturbação na maioria das grávidas, tanto para o estado como para o traço e 22% (n=11) apresentam valores significativos de ansiedade-estado e com aumento médio de 10,63 valores brutos em relação à ansiedade-traço. Apesar das diferenças entre os dois tipos de ansiedade não serem significativas os valores revelam a existência de uma correlação moderada e positiva entre ambas. Não se encontraram diferenças significativas entre os dois trimestres, apesar dos níveis superiores se localizarem no 3º. Contudo, valores significativos foram encontrados tanto para níveis superiores em relação às primíparas como em relação à idade. Observando tanto o nível académico das participantes, como o estado civil ou a situação de habitação, nenhuma das variáveis é significativa para as diferenças encontradas em relação à ansiedade, apesar de, e no caso das habilitações, os níveis superiores de ansiedade situam-se no nível superior de formação. Quanto à depressão, os valores encontrados revelam ausência na maioria, apesar de uma correlação positiva e significativa com a ansiedade; e correlações com as dimensões do IACLIDE, na dimensão dos sintomas (sintomas interpessoais), dos fatores (F2, F3 e F4), e incapacidades (para o trabalho, para a vida social e para a vida familiar).

Palavras-chave: ansiedade na gravidez, depressão, primíparas, múltiparas, STAI, IACLIDE

Abstract

Anxiety in pregnancy has been proved to be a thematic extensively studied in recent years, framed in different perspectives and specific themes, taking into account the psychological difficulties that pregnancy can represent, related to the profound changes of this experience, physically, emotionally, social, and within family. In this context, there has been a special interest not only in the important aspects that impacts on women's mental health, but also on the implications for the fetus, childbirth, postpartum and child development. The main objective of this study was to study anxiety in 50 pregnant women of the first ($n = 19$) and third ($n = 31$) trimester, associated with the pregnant state; as well as the relationship with different sociodemographic variables – primiparous ($n = 30$) and multiparous ($n = 20$); age; academic qualifications; marital status and housing situation – and taking into account aspects of comorbidity with depression and its different dimensions. Anxiety was assessed through the state-trait anxiety inventory (STAI), Y version (Silva & Spielberger, 2007), and depression measured through the inventory of clinical evaluation of depression (IACLIDE) (Vaz Serra, 1994). The results showed absence of anxiety as a disturbance in most pregnant women, both for state and trait, and 22% ($n = 11$) presented significant values of state anxiety, with an increase of 10.63 scored points in relation to trait. Although the differences between the two types of anxiety are not significant, the values reveal a moderate and positive correlation between them. There were no significant differences between the two trimesters, although the higher levels were located in the 3rd. However, significant values of anxiety were found in relation to the primiparous, and with the age variable. Observing the academic level of participants, as well as marital status or housing situation, none of the variables is significant for the differences, although, in the case of qualifications, the higher levels of anxiety are in the superior level of graduation. As for depression, the values found shows absence of this disorder for the majority, despite a positive and significant correlation with anxiety, and correlations with the IACLIDE on the dimension of symptoms (interpersonal symptoms); factors (F2, F3 and F4), and disabilities (for work, for social life and for family life).

Key words: pregnancy anxiety, depression, primiparous, multiparous, STAI, IACLIDE

Resumé

L'anxiété pendant la grossesse s'est révélée être une thématique largement étudiée ces dernières années, encadrée sous différentes perspectives et thèmes spécifiques, compte tenu des difficultés psychologiques que la grossesse peut représenter, liées aux changements profonds de cette expérience, aussi bien au niveau physique, qu'émotionnel, social, et familial. Dans ce contexte, il y a eu un intérêt particulier non seulement sur les aspects importants qui influencent la santé mentale des femmes, mais aussi sur les implications pour le fœtus, l'accouchement, le post-partum et le développement de l'enfant. L'objectif principal de cette étude était d'étudier l'anxiété chez 50 femmes enceintes du premier ($n = 19$) et du troisième ($n = 31$) trimestre, associée à l'état gréviste; ainsi que la relation avec différentes variables sociodémographiques – primipares ($n = 30$) et multipares ($n = 20$); âge; qualifications académiques; l'état civil et la situation du logement – et en tenant compte des aspects de la comorbidité avec la dépression et ses différentes dimensions. L'anxiété a été évaluée à travers l'inventaire d'anxiété état-trait (STAI), forme Y (Silva & Spielberger, 2007) et la dépression mesurée à l'aide de l'inventaire de l'évaluation clinique de la dépression (IACLIDE) (Vaz Serra, 1994). Les résultats ont montré l'absence d'anxiété comme perturbation chez la plupart des femmes enceintes, à la fois pour l'état et pour le trait, et 22% ($n = 11$) présentaient des valeurs significatives d'anxiété de l'état, avec une augmentation de 10,63 points bruts par rapport au trait. Bien que les différences entre les deux types d'anxiété ne soient pas significatives, les valeurs révèlent une corrélation modérée et positive entre eux. Il n'y avait pas de différences significatives entre les deux trimestres, bien que les niveaux supérieurs se situent au 3ème. Cependant, des valeurs significatives d'anxiété ont été observées aussi bien par rapport aux primipares, que par rapport à l'âge. En observant à la fois les qualifications académiques des participantes, ainsi que l'état civil ou la situation du logement, aucune des variables n'est significative pour les différences, bien que, dans le cas des qualifications, les niveaux d'anxiété les plus élevés se situent aux niveaux académiques supérieurs. En ce qui concerne la dépression, les valeurs trouvées montrent l'absence de ce trouble, en dépit d'une corrélation positive et significative avec l'anxiété, et des corrélations avec l'IACLIDE sur la dimension des symptômes (symptômes interpersonnels); facteurs (F2, F3 et F4), et des handicaps (pour le travail, pour la vie sociale et pour la vie de famille).

Mots-clés: anxiété de grossesse, dépression, primipares, multipares, STAI, IACLIDE

Índice

Introdução geral.....	10
1. Enquadramento teórico	13
1.1. Ansiedade	13
1.2. Ansiedade na gravidez	15
1.2.1. Importância de estudar a ansiedade na gravidez.....	18
1.3. Avaliação da ansiedade na gravidez e os instrumentos psicométricos	21
1.3.1. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (STAI)	23
Estudo Empírico	26
2. Método	26
2.1. Participantes	26
2.2. Procedimento	26
2.3. Medidas	27
2.4. Análise Estatística	29
3. Resultados	30
3.1. Resultados Descritivos	30
3.1.1 Caraterização da amostra.....	30
3.1.2 STAI (Y1 e Y2) e IACLIDE	30
3.1.2 Correlações entre ansiedade estado e depressão	32
3.1.3 Ansiedade estado e as variáveis sociodemográficas	33
4. Discussão	35
5. Conclusão	43
Referências	44

Índice de Tabelas

Tabela 1. Ansiedade-estado e ansiedade-traço

Tabela 2. Ansiedade-estado e depressão

Tabela 3. Correlações entre ansiedade-estado e dimensões da depressão

Tabela 4. Correlações significativas para a ansiedade-estado

Índice de Figuras

Figura 1 - Comparação entre valores brutos STAI Y1 e Y2

Figura 2 - Grupo de grávidas com valores clínicos para a ansiedade

Introdução geral

A gravidez representa uma importante etapa desenvolvimental, uma transição que envolve grandes mudanças físicas e psicológicas nas futuras mães (Ghaffar et al., 2017). Esta supõe uma redefinição psicossocial em torno das tarefas de construção da identidade materna e do envolvimento emocional com o bebê, sendo que a literatura aponta que, por um lado, as mulheres constroem uma representação positiva da sua gravidez, com sentimentos de bem-estar, satisfação pessoal e realização (Pires, 2005). Apesar disso, e por outro lado, a literatura retrata também esta transição como particularmente difícil (Conde & Figueiredo, 2005; DiPietro, Novak, Costigan, Atella, & Reusing, 2006; Fairbrother, Young, Janssen, Antony, & Tucker, 2015; Guardino & Schetter, 2014; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Highet, Stevenson, Purtell, & Coe, 2014; Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004; Shwu-Ru, Panchalli, & Ching-Yu, 2014; Simpson, Glazer, Michalski, Steiner, & Frey, 2014), na qual, desde o início da gravidez até ao período pós-parto, essas mesmas mudanças que ocorrem simultaneamente a nível biológico, psicológico e social, requerem ajustes que podem colocar as mulheres em situação de risco com a experiência de dificuldades psicológicas (Figueiredo & Conde, 2011). Estas mudanças podem assim estar relacionadas com o desenvolvimento de ansiedade e de depressão, durante este período crítico, sendo referido pela literatura que as mulheres frequentemente relatam falta de autoconfiança e estão suscetíveis a aspetos adversos desse grande evento das suas vidas (Ghaffar et al., 2017).

Os estudos que se centram em torno dos sintomas de ansiedade e da depressão presentes na gravidez, cujos resultados revelam o seu impacto na saúde mental das mulheres, sugerem, não só, que as grávidas experienciam ansiedade, como também apresenta contornos muito específicos, como a progressiva diminuição desde o período da gravidez até ao pós-parto (Breitkopf et al., 2006; Figueiredo & Conde, 2011). A investigação focada na experiência de *stress* durante a transição para a maternidade e os seus fatores, descreve o papel das discrepâncias entre as expectativas das mulheres e a experiência real da maternidade, bem como sentimentos de inadequação decorrentes da incapacidade percebida para cumprir o ideal social de uma mãe perfeita (Highet et al., 2014). Esta perspetiva em torno das dificuldades acrescenta ainda que a perceção de apoio insuficiente ou inadequado de familiares e amigos, tem sido descrita como contributo para o sofrimento materno pós-natal em mães pela primeira vez. Surgem igualmente destacados os sentimentos de

ambivalência em relação à maternidade devido a uma tensão que se gera em torno das percepções sobre os aspetos positivos e negativos (da maternidade), e o desafio na redefinição dos objetivos pessoais e o sentido de identidade, de forma a abranger as exigências na aquisição do novo papel materno (Guardino & Schetter, 2014; Highet et al., 2014).

Especificamente os estudos de prevalência sugerem que cerca de 8.5% das mulheres sofrem de perturbação de ansiedade generalizada durante a gravidez, e taxas que rondam os 4.4% e 8.2% dizem respeito ao período pós-parto, sendo que estes valores de prevalência são consideravelmente mais elevados que os observados na população geral (3.01%) num período de 12 meses (Simpson et al., 2014).

A relevância desta temática assenta em três pontos fundamentais e para os quais, através deste trabalho, procuraremos contribuir: (i) oferecer mais informação sobre a ansiedade na gravidez, em especial a experienciada por grávidas primíparas e múltiparas no 1º e 3º trimestre de gestação, de forma a salientar a importância dos desafios na saúde mental a que esta população específica parece estar sujeita, reconhecendo o impacto dessas dificuldades tanto na saúde mental, como também no desenvolvimento fetal, no parto, na relação da mãe com a criança e posteriormente no desenvolvimento do infante; (ii) utilizar instrumentos com potencial de avaliação, como é o exemplo do inventário psicométrico STAI-Y1 a ser utilizado como medida da ansiedade-estado para a população de grávidas. Este instrumento tem sido destacado pela literatura apesar da necessidade de mais estudos, e de ser concebido para a população geral, medindo a ansiedade geral e não a específica da gravidez; (iii) e por último, poder contribuir para a sensibilização do sistema que integra diferentes profissionais de saúde em torno das grávidas, não só para que se possam articular, de uma forma mais eficaz, uma avaliação, planeamento e intervenção mais ajustadas, como também reforçar o papel fundamental dos psicólogos nas trajetórias destas mulheres e suas famílias, que encaram não só mudanças fisiológicas como apresentam uma série de desafios psicossociais.

O estudo em causa tem como ponto de partida o doutoramento da médica obstetra Dra. Alexandrina Mendes, do Centro Materno-Infantil do Norte (do Centro Hospitalar do Porto) e que visa um futuro projeto de intervenção *mindfulness* (programa de 8 semanas) em grávidas da referida maternidade, de forma a reduzir o impacto do *stress* materno no parto e no bebé. Neste sentido foi estabelecido o convite para, na qualidade de psicólogo clínico, poder contribuir e acompanhar o projeto. Numa primeira fase, e para este trabalho, teríamos

acesso a marcadores biológicos a serem comparados com os valores psicométricos, e que seria matéria central em estudo. Contudo, por razões de falta de financiamento, foi adiado, tendo sido necessário, para já, utilizar apenas instrumentos de autorrelato.

Este estudo inicia-se com um enquadramento teórico em torno da ansiedade, com especial referência aos conceitos de ansiedade-estado e ansiedade-traço, para depois se explorar especificamente a ansiedade na gravidez, bem como uma revisão da literatura sobre o impacto da ansiedade em torno desta importante transição, no que toca à grávida, ao parto, ao feto e à criança. Num segundo ponto é realizada a apresentação do estudo empírico, incluindo a seleção da amostra, o procedimento e as medidas utilizadas. Os resultados são apresentados na terceira parte. Por fim termina-se com a discussão desses resultados, onde são também apresentadas as forças e limitações desta investigação, bem como implicações práticas e sugestões para futuros estudos.

1. Enquadramento teórico

1.1. Ansiedade

A ansiedade é concetualizada, de uma forma geral, como uma estrutura cognitivo-afetiva específica do sistema motivacional de defesa, dominada por uma perceção de incontrolabilidade centrada na possibilidade de ameaças futuras, perigos ou outros eventos negativos potenciais. Esta afetividade negativa é acompanhada por uma alteração no foco atencional voltado para uma autoavaliação de incapacidade para lidar eficazmente com uma ameaça iminente (Barlow, 2002). De facto, os modelos cognitivistas enquadram a ansiedade como uma experiência que afeta os processos de controle cognitivo, do tipo “*top-down*”, incluindo a atribuição de uma atenção voluntária e estratégica de forma a manter ou anular o foco na ameaça, com base na avaliação da sua gravidade, dos objetivos atuais e das estimativas de *coping* (Waters & Craske, 2016). Nesta abordagem sobressai a centralidade na questão da diminuição da perceção de controle, que contribui fortemente para uma vulnerabilidade psicológica generalizada, e que se relaciona com o desenvolvimento de perturbações de ansiedade (Gallagher, Bentley, & Barlow, 2014). Esta relação parece ter sido já largamente enfatizada pela literatura que destaca a importância da perceção de baixo controle na etiologia e manutenção das perturbações da ansiedade e que, além disso, a interpretação de eventos stressantes como controláveis ou incontroláveis é postulada como influenciadora biológica e com impacto para a ansiedade crónica (Gallagher et al., 2014). Por outras palavras considera-se o papel de uma avaliação catastrófica dos sinais externos e internos, que por sua vez levam ao aumento das sensações somáticas, pensamentos mais catastróficos e hipervigilância crónica para indícios internos e externos de ameaça, que culmina num círculo vicioso de ansiedade (Waters & Craske, 2016).

No que toca a enquadramentos mais clássicos, nomeadamente recorrendo à teoria da Ansiedade Estado-Traço, Spielberger (1966, 1972, 1989) considera, primordialmente, a necessidade de diferenciar a ansiedade como um estado emocional e a ansiedade como um traço de personalidade (Cattell & Scheier, 1961). A ansiedade-estado, seria um “estado emocional” imediato, modificável no tempo, caracterizado por uma combinação única de sentimentos de tensão, apreensão e nervosismo, pensamentos intrusivos e preocupações, juntamente com mudanças fisiológicas. Por sua vez, a ansiedade-traço diria respeito às diferenças individuais de ansiedade, relativamente estáveis, sendo estas concetualizadas

como uma disposição, tendência ou traço. Contrariamente à ansiedade-estado, a ansiedade-traço não se manifesta diretamente no comportamento e precisa ser inferida pela frequência com que os indivíduos experimentam formas aumentadas no seu estado de ansiedade. Neste sentido, os sujeitos com altos níveis de ansiedade-traço percebem um maior leque de situações como sendo ameaçadoras, estando mais predispostos a sofrer ansiedade-estado de forma mais frequente e com maior intensidade (Ries, Vázquez, Mesa, & Andrés, 2012). De forma a reduzir o *stress*, perante uma experiência de ansiedade-estado, os sujeitos irão colocar em marcha as suas capacidades de confrontar essa experiência ameaçadora no sentido da resolução, ou então, ativam mecanismos de defesa que influenciam de tal maneira o processo psicofisiológico que altera a percepção e o valor dessa situação. Os indivíduos com níveis mais expressivos de ansiedade-traço tenderão a experienciar maior ansiedade perante os acontecimentos que representam ameaça. Esta relação é importante e a interação entre ambos os tipos de ansiedade explica o motivo pelo qual a ansiedade-estado pode variar, tanto entre indivíduos (perante a mesma situação), como a nível intraindividual (em diferentes situações). Na ansiedade-traço sugere-se também que individualmente exista pouca variabilidade, e que, devido à sua influência, as diferenças na ansiedade-estado entre indivíduos devam manter-se amplamente estáveis (consistência relativa) (Ries et al., 2012). Desta forma Hackfort e Spielberger (1989) postulam que, em caso de ansiedade-traço elevada, produz-se um maior aumento da ansiedade-estado.

Relacionando os dois enquadramentos apresentados, a gravidez (como uma experiência de dificuldade psicológica, nomeadamente ansiogénica) pressuporá a referida diminuição da percepção de controlo, correspondendo então a uma ansiedade-estado, na qual se liga a uma avaliação cognitiva da situação externa como ameaçadora que, por sua vez, pode ter uma resposta psicológica e comportamental desajustada (Elwood, Wolitzky-Taylor, & Olatunji, 2012).

Os autores Santos e Silva (1997) exploram a clarificação de Spielberger em torno do conceito de ansiedade, que propõe a existência de uma distinção dos termos *stress*, *ameaça*, e *ansiedade-estado*, que são, frequentemente utilizados em formas gerais, sugerindo que estes podem assinalar diferentes etapas sequenciais dentro de um processo correspondente a um estado de ansiedade. Assim, o *stress* diz respeito a situações externas caracterizadas por algum grau de perigo objetivo, correspondendo às condições estímulo e que são encaradas ou não como ameaçadoras, dependendo da avaliação subjetiva dos indivíduos. Já a *ameaça* seria essa avaliação subjetiva percebida com uma situação física ou psicologicamente

perigosa ou ameaçadora. Por último a *ansiedade-estado* seria a resposta emocional, ou reação, de um sujeito que percebe uma determinada situação como ameaçadora, independentemente de o perigo objetivo e real estar ou não presente, pelo que a intensidade e duração da resposta emocional estariam dependentes da percepção de ameaça dessa situação, persistente no tempo.

1.2. Ansiedade na gravidez

Durante a gravidez e no período pós-parto as mulheres enfrentam mudanças profundas tanto a nível físico, emocional e familiar, como também no seu próprio papel social, surgindo relacionados com uma maior vulnerabilidade e o consequente desenvolvimento de perturbações mentais (Pereira, Carvalho, Ferreira Soares, & Gualda, 2015). Determinados estudos apontam uma associação entre a ansiedade excessiva vivida nos períodos ante e pós-natal como perturbação de ansiedade, com efeitos adversos tanto para as mães como para os filhos (Evans, Spiby, & Morrell, 2015). Em especial o período perinatal é de particular importância, pois o humor materno e as dificuldades de ansiedade estão associadas a desfechos de gravidez adversos, comprometimentos da parentalidade, alteração dos afetos e da regulação comportamental, bem como problemáticas em torno de uma vinculação insegura nos filhos (Fairbrother et al., 2015). Resultados dos estudos publicados na década de 80, utilizando medidas psicológicas, embora com diferentes taxas de prevalência consoante as investigações, indicam, invariavelmente, que a presença de sintomas de ansiedade é muito frequente na gravidez, mais do que no pós-parto e mais corrente na gravidez do que em experiências não relacionadas com a maternidade (Conde & Figueiredo, 2005).

Apesar dos critérios de diagnóstico para a ansiedade e depressão pré-natal e pós-parto não diferirem dos critérios de diagnóstico para essas perturbações em períodos não reprodutivos, a apresentação clínica dos seus sintomas parecem ter características inerentes a esta fase específica, já que os sintomas de ansiedade experimentados por gestantes e novas mães têm sido sugeridos como estando relacionados com aspetos da maternidade e em relação à criança, segurança infantil e bem-estar, cuidados infantis e desempenho como mãe, ao contrário dos transtornos de ansiedade na população geral (Guardino & Schetter, 2014; Highet et al., 2014).

Desta forma, a saúde mental perinatal tem vindo a apresentar-se como foco de interesse dado o *stress* experienciado pelas grávidas ou pelas mulheres no pós-parto, não só pelo impacto imediato no parto, como também devido aos efeitos de longo termo na saúde das mães, bebés/crianças e na família como um todo. Os tipos mais comuns de dificuldades psicológicas investigados em grávidas, na fase perinatal, e discutidos nas publicações, são precisamente a depressão/ansiedade e o *stress* na vida quotidiana (Shwu-Ru et al., 2014).

Dentro da sua especificidade, os estudos empíricos relatam altos níveis de ansiedade nas mulheres e nos seus parceiros durante a gravidez, sendo que em ambos (mulheres e homens), os níveis de ansiedade parecem ser maiores no 1º e 3º trimestre em relação ao 2º trimestre de gravidez, e mais alto durante a gravidez / parto em comparação com o período pós-parto. Aqui, destacam-se os casais primíparos como apresentando maior ansiedade do que nos casais com experiência prévia de gravidez e pós-parto (Figueiredo & Conde, 2011). Neste sentido têm sido também encontrados valores significativos em estudos em torno da de ansiedade-estado em grávidas, que puderam ser correlacionados com as questões do medo do parto, medo em dar à luz uma criança deficiente e preocupações com a imagem corporal (Huizink et al., 2004), diferenciando este tipo de ansiedade da ansiedade geral. Heron, O'Connor, Evans, Golding, e Glover (2004), no seu estudo sobre a ansiedade e depressão no percurso gravídico, referem que 73% das 6100 grávidas reportaram elevados sintomas de ansiedade, assim como no estudo de Bretkopf, Primeau, Levine, Olson, e Berenson (2006), onde se comparam valores medidos pelo *state-trace anxiety inventory (STAI)* antes e depois do parto, com resultados significativos para a ansiedade, superiores no primeiro momento em relação ao segundo. Figueiredo e Conde (2011), ao estudarem casais que atravessavam a experiência da gravidez, referem resultados que apontam claramente para o facto das mulheres e os seus parceiros estarem particularmente em risco durante o primeiro trimestre de gravidez, sugerindo que as tarefas desenvolvimentais no início de gestação (aceitação da gravidez) podem ser bastante difíceis para os futuros pais. Estas duas investigadoras verificaram ainda o aumento dos sintomas de ansiedade desde o terceiro trimestre de gravidez até ao parto, tendo sido assim encontrado um padrão em forma de “U” durante a gravidez, que decresceu do primeiro para o segundo trimestre, voltou a aumentar desde o segundo trimestre com a proximidade do parto, seguido de uma descida no pós-parto. O aumento da sintomatologia ansiosa no terceiro trimestre (com valores mais elevados entre os três trimestres), pode estar relacionado com a proximidade do parto e isto com o facto dos eventos relativos a este período serem geralmente percecionados como acontecimentos

ameaçadores pelas futuras mães. Assim, esta investigação levantou uma importante questão para a prática: a atenção dada a estes futuros pais em relação ao seu ajuste psicológico durante a gravidez, deve ser semelhante à que tem sido dada pela investigação ao período pós-parto.

A idade parece ser também uma variável a ter em conta já que a literatura assinala que a idade ideal para ter filhos situa-se entre os 20 e os 29 anos, e que os extremos da vida reprodutiva estão sempre ligados a complicações perinatais. A definição de idade materna avançada para a gravidez parece não ser consensual, sendo que alguns autores consideram o limite de 35 anos, outros a partir dos 40 e há aqueles que vão mais além, considerando as gestantes com idade de 45 anos ou mais (Narchi & Fernandes, 2013). Quanto à relação da idade com a ansiedade na gravidez os estudos parecem também sugerir direções pouco consensuais. Na revisão em torno das correlações com a ansiedade, Guardino e Schatter (2014) assinalam que os estudos fornecem resultados contraditórios quanto à sua relação com a idade materna. A maioria dos estudos sugerem que a idade mais jovem está associada a maiores níveis de ansiedade (Arch, 2013; Burstein, Kinch, & Stern, 1974; Da Costa et al., 1999; Glazer, 1980; Levin, 1991; Rini et al, 1999; Standley et al, 1979), enquanto outros não encontram relação entre a idade materna e a ansiedade da gravidez (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi e Halmesmäki, 2001), ou ainda resultados mistos, dependendo do momento da avaliação (Gurung et al, 2005). Avançam ainda com a ideia de um efeito curvilíneo onde se encontram mulheres mais novas e mais velhas com maior ansiedade. Contudo, parece existir algum consenso em relação às gravidezes adolescentes, que são susceptíveis de invocar mais ansiedade, assim como a gravidez entre mulheres com mais de 35 anos de idade.

No que toca à depressão e embora possa ser encarada como uma perturbação diferenciada da ansiedade, ambas podem ocorrer em comorbilidade, na qual, indivíduos com depressão e sintomas de ansiedade associados *versus* aqueles com depressão isolada têm apresentado sintomas depressivos mais graves, episódios depressivos mais longos, um percurso mais crónico, mais danos psicossociais, menor resposta à medicação, e aumento do índice de suicídio. Em mulheres grávidas há uma probabilidade desta comorbilidade, que contribui ainda mais para a redução do tempo de gestação e do peso do bebé do que qualquer uma das condições isoladas, sendo que os dados da literatura sobre a depressão pré-natal e os efeitos de ansiedade pré-natal podem ser confundidos por esta ligação (Field et al., 2010; Heron et al., 2004; Shwu-Ru et al., 2014). O estudo longitudinal de Shwu-Ru e colaboradores (2014) sugere o mesmo sentido ao apresentar resultados com uma associação significativa

entre o *stress*, os sintomas depressivos e a ansiedade ao longo dos diferentes momentos em análise. Alguns modelos teóricos foram desenvolvidos de forma a explicar esta relação de comorbilidade, sendo o modelo tripartido de Clark e Watson's (1991) o modelo estrutural mais estudado. Este modelo agrupa sintomas comuns à ansiedade e depressão num elemento partilhado de afetividade negativa, com sintomas específicos da ansiedade como hiperativação autónoma e tensão somática (descrito por sintomas como respiração curta, tonturas, dores de cabeça, boca seca e tremores), e sintomas específicos da depressão como redução da afetividade positiva e anedonia (descrita pela dificuldade em experienciar emoções positivas, letargia, fadiga e falta de prazer nas atividades). Essa afetividade negativa é assim encarada como um fator geral de sintomas subjetivos que combinam uma ampla gama de estados de humor negativos incluindo o medo, a ansiedade, a hostilidade, o desprezo e o desgosto (Chia & Graves, 2016). Apesar desta relação há, no entanto, outros autores, como Dobson (1985), com argumentos que sustentam diferenças categóricas entre ambas as perturbações, mas que as medidas de autorrelato não as distingue de uma forma efetiva, sugerindo um modelo dinâmico, no qual, perante determinadas circunstâncias a ansiedade atua como um precursor para a depressão. Mais recentemente a literatura refere sugestões semelhantes, acrescentando que a ansiedade é mais estável do que a depressão e que por esse motivo a primeira pode conduzir à manifestação da segunda (Fairbrother et al., 2015; Tuohy & McVey, 2008), indo ao encontro do já referido estudo de Heron e colaboradores (2004) onde se verifica que a ansiedade na gravidez é preditora da depressão pós-natal, de 8 semanas a 8 meses, mesmo controlando a depressão ante natal.

1.2.1. Importância de estudar a ansiedade na gravidez

A importância deste tema não se prende apenas com o facto de se experienciarem níveis mais elevados de ansiedade neste período, já que grande parte das mulheres a experiencia em algum momento da gravidez (Evans et al., 2015). Note-se que os sintomas de ansiedade e depressão são também considerados como um sinal de um ajuste psicológico saudável, em relação aos diferentes desafios que a maioria dos casais enfrentam durante esta transição. A questão fundamental e de interesse, para além de algumas grávidas e seus companheiros, primíparas ou não, desenvolverem perturbações psicológicas durante este período (Figueiredo & Conde, 2011), centra-se no pressuposto de níveis prolongados e elevados de ansiedade poderem também estar associados com o nascimento pré-termo ou restrição do crescimento fetal. Estes podem ter ainda impacto a médio e longo prazo e a

diferentes níveis, sendo que a investigação aponta que a ansiedade auto relatada nas 32 semanas de gravidez pode ser preditora de problemas emocionais e comportamentais graves em crianças com quatro anos de idade (Evans et al., 2015). Este importante impacto foi destacado por Shwu-Ru e colaboradores (2014) que, na sua revisão empírica, observaram que, tanto a depressão como a ansiedade durante o período perinatal, parecem relacionados com múltiplos resultados adversos, tais como: a excessiva atividade ou atraso no crescimento dos fetos; prematuridade; baixo peso à nascença; sono desorganizado ou menor resposta a estímulos dos recém-nascidos; baixo peso infantil; atitudes negativas face à amamentação; *stress* parental após o nascimento; atraso no crescimento da criança; afetos negativos ou pobre relação mãe-criança; e deficits na atenção, instabilidade emocional ou problemas comportamentais em crianças e adolescentes. É referido ainda pelos mesmos autores que a incidência da prematuridade é maior na descendência de mulheres com depressão e ansiedade em comorbilidade, quando comparado com mulheres apenas com depressão ou com ansiedade separadamente (Field *et al.*, 2010 *cit in* Shwu-Ru et al., 2014). Destaca-se assim o facto do *stress* materno se relacionar, não só com complicações para a mãe e o filho ao longo da gravidez (do parto e após o parto, nomeadamente depressão pós-parto, prematuridade e parto por cesariana), bem como com perturbações de ansiedade de separação, perturbações de deficit de atenção/hiperatividade e perturbações de conduta nas crianças (Shwu-Ru et al., 2014).

Também Nast, Bolten, Meinschmidt e Hellhammer (2013), na sua revisão de instrumentos de avaliação do *stress* psicossocial na gravidez, consideram haver um crescente corpo de literatura que destaca esta associação entre o *stress* psicossocial materno durante a gravidez (por exemplo eventos de vida stressante ou psicopatologia materna) e o impacto nos filhos, designadamente o aumento do risco de deficit no crescimento fetal ou até deficits cognitivos nas crianças. Esta informação segue a mesma linha apontada pela revisão levada a cabo por Guardino e Schetter (2014) em torno das correlações e consequências da ansiedade na gravidez.

Parcells (2010), por sua vez, recorre aos contributos da perinatologia comportamental, que tem em conta a psicopatologia desenvolvimental, para explicar que o ambiente intrauterino compromete o desenvolvimento fetal pela presença de psicopatologia materna. Este autor refere estudos (Challis, Sloboda, Matthews e colaboradores (2001)) que sugerem que este efeito resulta diretamente do impacto na circulação hormonal da mãe que atravessa a placenta e, indiretamente, pela restrição na irrigação e oxigenação da placenta,

pelo que ambos os mecanismos ativam o sistema endócrino fetal, operacional entre as 16 e 20 semanas de gestação, resultando numa hiper estimulação hormonal do feto. Neste mesmo sentido aponta a revisão de Nast e colaboradores (2013), referindo que os sinais de *stress* psicossocial materno atingem o feto através de alterações vasculares, neuroendócrinas e imunológicas, num conjunto de mudanças intrauterinas que desafiam o feto para uma adaptação, consideradas como *stress* pré-natal. Estas contribuições parecem cada vez mais clarificar os mecanismos subjacentes, ainda que, os resultados encontrados entre a associação do *stress* materno durante a gravidez e o desenvolvimento da criança sejam por vezes inconsistentes, já que alguns estudos reportam também a falta de associações positivas entre o *stress* materno e o desenvolvimento fetal (Nast et al., 2013). Em todo o caso, esta exposição ambiental ao *stress* psicológico materno, em conjunto com a predisposição genética, parece ter efeitos desenvolvimentais a longo prazo e contribui ainda para a escalada de custos sociais e económicos que acompanham as perturbações na saúde mental (Parcells, 2010).

A importância deste tema parece não passar despercebida e Evans e colaboradores (2015) referem o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014) e o *Healthy Child Programme* (Department of Health, 2009) que, no Reino Unido, assinalam a importância do reconhecimento do efeito da ansiedade na gravidez para as mulheres e para as crianças. Esta perspetiva salienta que muitos dos fatores de risco e os sintomas de doença mental podem ser precocemente identificados pelos profissionais de saúde na gravidez. Isto conduziu à formulação de recomendações internacionais para serem introduzidos procedimentos de avaliação psicossocial de rotina, de forma a garantir uma oportunidade para criar a ligação entre as grávidas com sintomas de ansiedade e os serviços apropriados, dando o exemplo de situações extremas de mulheres grávidas que morreram por questões de saúde mental, perante o desconhecimento dos fatores de risco e a falta de acompanhamento dessas mulheres (Evans et al., 2015). Desta forma, estes mesmos autores propõem um modelo holístico nos cuidados de obstetrícia, apoiado no facto de que os aspetos fisiológicos e emocionais da gravidez são igualmente importantes, de forma a maximizar uma experiência de segurança nas mulheres grávidas. A investigação destaca ainda a importância da sensibilização dos profissionais e de políticas, que visem a melhoria dos cuidados continuados desta população, uma vez que a depressão e a ansiedade podem ser evidenciadas quer durante a gravidez como surgir em vários momentos após o parto (Pereira et al., 2015).

Se os efeitos adversos do *stress* psicológico durante a gravidez e pós-parto se encontram validados, já as relações, alterações e trajetórias do *stress* na fase perinatal parece algo pouco aprofundado na literatura (Shwu-Ru et al., 2014). Apenas pela descrição das suas trajetórias e respectivas associações (tipos de sofrimento mental materno ao longo do período perinatal) poderão ser adotadas intervenções no tempo certo, de forma a melhorar ou aliviar o impacto desta experiência adversa (Shwu-Ru et al., 2014). Além disso, o contato inicial entre uma mulher grávida e os profissionais de saúde materno-infantil parece ser uma importante oportunidade para que seja avaliado esse risco psicossocial (Evans et al., 2015) e, perante esta visão, alguns autores propõem a prestação de uma assistência integral com vista a reduzir a vulnerabilidade das mulheres grávidas, sendo necessárias ações de saúde, tais como a monitorização precoce e sistemática e o planeamento dos respetivos serviços de acompanhamento (Pereira et al., 2015). Também as intervenções preventivas parecem necessitar ainda de mais estudos. Sobre esta matéria, os resultados da aplicação de um programa de transição para a parentalidade, aplicado em casais, denominado de *Family Foundations* (FF) e com foco na psicoeducação em torno da promoção do apoio na qualidade co-parental, em casais sinalizados por questões de *stress* materno, depressão e ansiedade, demonstraram a diminuição do impacto negativo da problemática da saúde mental materna, tanto em relação ao peso dos bebés (que se apresentou menos reduzido), como na diminuição do tempo de internamento para mães e bebés (Feinberg et al., 2016).

Dada a importância do impacto negativo no desenvolvimento do feto, resultantes das altas incidências de depressão, ansiedade e *stress* maternos, a literatura sugere a necessidade do acompanhamento constante, por parte de técnicos de saúde, em torno dos perfis psicossociais e bioquímicos de todas as mulheres grávidas (Parcells, 2010). Reforça-se a pertinência para o sistema de saúde desenvolver estratégias no que toca à questão dos cuidados psicossociais prestados às mulheres em termos de saúde reprodutiva, fornecendo um apoio adequado e mais alargado que auxilie nas dificuldades decorrentes desta importante etapa das suas vidas (Pereira et al., 2015), sendo que destes ajustes poderá ainda traduzir-se numa redução de custos privados, pessoais e públicos (Feinberg et al., 2016).

1.3. Avaliação da ansiedade na gravidez e os instrumentos psicométricos

Apesar desta problemática ser já assinalada pelos diferentes estudos dos diferentes países, o modelo de avaliação da ansiedade na gravidez não é consensual. É assim necessário

um instrumento de autorrelato válido e confiável, projetado para as mulheres grávidas e que permita a identificação e medição dos sintomas da referida ansiedade pré-natal, de forma a auxiliar os profissionais de saúde a referenciar corretamente para os serviços de apoio adequados (Evans et al., 2015).

Na revisão sistemática em torno dos instrumentos psicométricos de autorrelato para a identificação da ansiedade da gravidez, entre 1990 e 2014, Evans e colaboradores (2015) assinalam que as medidas de ansiedade utilizadas no contexto da gravidez foram adaptadas de medidas construídas para a população geral, e que por isso necessitam de mais investigação de forma a garantir que contêm itens confiáveis e apropriados para o período pré-natal. Torna-se ainda necessário identificar medidas de avaliação dos sintomas de ansiedade na gravidez através de instrumentos de autorrelato mais objetivos e eficientes que as entrevistas clínicas de diagnóstico, estruturadas, e habitualmente privilegiadas. Os autores referem que a medição da ansiedade de forma unidimensional pode ser benéfica para, de uma forma geral, identificar o risco, ainda que se reconheça que os aspetos psicossociais multidimensionais da ansiedade na gravidez sejam também essenciais, de forma a permitir que as estratégias de apoio desenvolvidas sejam mais adequadas. Estas últimas favorecem o encaminhamento apropriado das grávidas em função de uma avaliação mais específica e que as medidas de ansiedade na gravidez nem sempre proporcionam por se centrarem principalmente nos sintomas gerais da ansiedade (Evans et al., 2015). Ainda assim, vários estudos testaram as associações entre ansiedade específica da gravidez e a ansiedade geral relacionada ao estado e ao traço, tendo demonstrado, consistentemente, que as mulheres com ansiedade generalizada tendem a ter pontuações mais elevadas em medidas de ansiedade específica para a gravidez. De notar também que as correlações entre os dois construtos surgem frequentemente moderadas, sugerindo haver sobreposição, e ao mesmo tempo especificidade para a gravidez (Guardino & Schetter, 2014). Quanto às principais conclusões da referida revisão, referem que: (1) poucos estudos compararam os instrumentos para medir a ansiedade com as entrevistas de diagnóstico baseados em critérios do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – referindo-se a critérios do DSM como a *norma de ouro* e que requer a aceitação que esta referência é válida, apesar de não se encontrar empiricamente determinada; (2) apesar da validade de conteúdo ter sido encontrada em cinco estudos, a revisão não encontrou estudos qualitativos que avaliem os pontos de vista das mulheres nos instrumentos para medir a ansiedade na gravidez; (3) instrumentos de autorrelato parecem ser limitados por falta de base teórica clara, falta de

evidências em torno da validade concorrente e preditiva, face a instrumentos de diagnóstico, e uma falta de orientação para a utilização clínica. Para resolver estas limitações sugerem ser necessária uma rigorosa avaliação psicométrica dos instrumentos adequados à administração na gravidez, utilizando uma dimensão de amostra apropriadamente calculada. Outros autores sugerem ainda uma avaliação psicossocial compreensiva que identifique sintomas de ansiedade combinado com outras vulnerabilidades psicossociais (Johnson et al., 2012). Na revisão sistemática da literatura levada a cabo por Nast e colaboradores (2013), em torno dos métodos aplicados para avaliar o *stress* psicossocial das grávidas, tendo em conta o impacto biocomportamental nos filhos, são considerados dois desafios principais. Em primeiro lugar, o facto de o *stress* ser um conceito multidimensional, resultante de um desajuste percebido entre as exigências ambientais (*stressores* agudos e crónicos) e os recursos individuais (condições socioeconómicas, estilo de vida, personalidade e apoio social) que leva a uma percepção de *stress* e ao aumento do risco de respostas emocionais e comportamentais desadaptativas (por exemplo, ansiedade e depressão). Desta forma, a avaliação do *stress* requer uma importante consideração quer ao nível das exigências específicas deste período, quer ao nível dos recursos psicossociais da grávida, bem como a sua percepção individual e resposta ao *stress*. Em segundo lugar, o facto dos instrumentos psicométricos para avaliar o *stress* poderem não ser apropriados para o período da gravidez devido às características ambientais, psicológicas, fisiológicas e endócrinas, dando o exemplo de alguns sintomas comuns da depressão (como os distúrbios do sono) também serem frequentes na gravidez. Além disso, apontam também para o facto de que os recursos experienciados pelas mulheres grávidas podem não ser detetados com instrumentos para a população em geral, sendo que medir o *stress* psicossocial e negligenciar estes recursos mantém o risco de se subestimar as diferenças entre ambas as condições.

1.3.1. O Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (STAI)

Nos últimos anos, assistimos a um crescimento na literatura em torno da aplicação do inventário de estado-traço de ansiedade (STAI) em populações de grávidas, utilizado tanto em estudos sobre os cuidados em torno do parto, como para investigar os fatores com efeito na doença hipertensa específica da gravidez, na fertilização *in vitro*, e nas variáveis psicológicas maternas, em conjunto com a triagem pré-natal (Gunning et al., 2010). Mais recentemente, a escala tem sido utilizada como uma medida da ansiedade durante a gravidez em intervenções que visam reduzir o *stress* durante este período, bem como os efeitos

longitudinais da ansiedade materna sobre o parto e sobre o desenvolvimento do feto (na perspectiva da transferência de efeitos psicológicos da mãe através de vias fisiológicas) e da criança (Gunning et al., 2010). No estudo conduzido por Gunning e colaboradores (2010) é referido que o STAI é utilizado rotineiramente na investigação da gravidez, apoiados numa recente meta-análise sobre a ansiedade materna e o seu impacto no nascimento. Neste, destaca-se o instrumento como sendo, entre todos, o mais utilizado para medir a ansiedade estado e traço, deixando a sugestão de que, em termos de validade, este pode ser usado durante a gravidez com alguma confiança apesar de se tratar de um instrumento construído para a população em geral, e que, por isso requer investigação adicional. O STAI-E (Y1) foi concebido por forma a medir um estado transitório de tensão, apreensão e excitação experienciada subjetivamente como ansiedade, refletindo como o sujeito se sente “naquele momento presente”; enquanto que o STAI-T (Y2) foi concebido para medir a presença mais duradoura dessa emoção, refletindo como o sujeito se sente “geralmente” (Perpiñá-Galvañ, José Cabañero-Martínez, & Richart-Martínez, 2013).

Mais especificamente, o STAI-Y1 reflete situações de ansiedade específica na qual os autores verificaram ser sensível ao nível do risco associado à clínica pré-natal, com as pontuações mais elevadas relacionadas com a gravidez de alto risco, sendo indicador que apresenta validade do construto, discriminando entre as mulheres grávidas que mostram uma elevada intensidade de ansiedade-estado em situação clínica de alto risco, sem qualquer alteração nos seus níveis de ansiedade-traço. A revisão da literatura levada a cabo por Evans e colaboradores (2015) sobre os instrumentos de autorrelato utilizados na gravidez como medida de ansiedade, acrescenta que o STAI demonstra validade adequada em comparação com as entrevistas clínicas estruturadas, embora os resultados tivessem como limitação o número reduzido de participantes. Os autores encontraram ainda resultados limitados ou incompletos em relação aos dados psicométricos, não tendo sido possível chegar a conclusões inequívocas sobre a sua adequação para a identificação de sintomas de ansiedade durante a gravidez. Assim, ainda que o STAI seja amplamente utilizado, e que este possa representar o melhor instrumento atualmente disponível para utilização na gravidez, a sua validação continua a remeter para a população geral. No estudo conduzido por Figueiredo e Conde (2011), com o objetivo de estudar a ansiedade e a depressão longitudinalmente, desde o início da gravidez até 3 meses após o parto, as autoras referem que a versão portuguesa do STAI-Y1 mostrou uma boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,87-0,93), indo ao encontro da revisão conduzida por Nast e colaboradores (2013) que considera este inventário

como o instrumento mais adequado para medir a sintomatologia de ansiedade na gravidez. Gunning e colaboradores (2010) incluíram ainda duas questões abertas na administração do STAI, sobre os sentimentos das mulheres em relação à sua gravidez, tendo a análise temática das respostas qualitativas revelado três temas principais: ‘Comentários positivos’, ‘Gravidez / ansiedade com o bebé’ e ‘Ansiedade geral’. Testes *post-hoc* revelaram que as mulheres que forneceram comentários positivos sobre a sua gravidez tiveram menores *scores* de ansiedade-estado do que as mulheres grávidas que se enquadram na temática de ansiedade geral, sem diferenças nos *scores* de ansiedade-traço, sendo estes resultados indicadores que as mulheres que fizeram comentários mais positivos apresentaram menores pontuações de ansiedade-estado do que as mulheres que fizeram comentários ansiosos. Ainda nestes resultados verificou-se que a diferenciação entre os comentários positivos e comentários ansiosos específicos para a gravidez ou em relação ao bebé surge apenas na escala de ansiedade-estado, indicando que o *score* de ansiedade-estado do STAI tem algum potencial em refletir a ansiedade presente relacionada com a gravidez, ao passo que a pontuação da escala de ansiedade-traço (que representa um traço estável como sendo geralmente ansiosas ou não) não detetou essa ansiedade específica da situação.

Desta forma, e dada a pertinência do tema que transcende o percurso de vida das mulheres, tocando importantes dimensões que merecem toda a atenção da clínica materno-infantil, e que abrangem a vida, a saúde, o parto, o feto, o pós-parto, o bebé, a criança e as famílias, surge a necessidade de se prosseguir no desenvolvimento de mais estudos sobre a ansiedade nesta população. Quanto mais aprofundado for o conhecimento em torno da ansiedade nas grávidas melhor se poderão incluir intervenções atempadas, ajustadas e combinadas pelos técnicos que compõe a rede de assistência à maternidade e que visem diminuir os riscos já identificados, melhorando a qualidade de vida e com custos financeiros mais reduzidos. Neste sentido propomo-nos explorar a existência de ansiedade associada à gravidez, em mulheres portuguesas, acompanhadas no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN), da maternidade Júlio Dinis, do Centro Hospitalar do Porto, com incidência no 1º e 3º trimestre de gestação e em grávidas púrpimas e múltiparas.

Estudo Empírico

2. Método

2.1. Participantes

A amostra é constituída por 50 participantes do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa e em experiência de gravidez, sendo o critério de inclusão todas aquelas que não estivessem em situação de gravidez de risco e cujo tempo de gestação se enquadraria no 1º ou 3º trimestre.

2.2. Procedimento

As participantes foram selecionadas por conveniência, de acordo com a acessibilidade das grávidas presentes nos exames ecográficos de rotina, do primeiro e terceiro trimestre. O local de seleção e entrevista decorreu no Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) da maternidade Júlio Dinis, do Centro Hospitalar do Porto, ao longo do mês de julho de 2017, sempre no período da manhã. Como critério de exclusão estavam aquelas que, na primeira abordagem, referissem pertencer ou a um grupo de gravidez de risco, ou que se encontrassem no segundo trimestre de gestação.

No local, as grávidas presentes foram abordadas aleatoriamente e individualmente, às quais foram explicados os objetivos do estudo. As grávidas que aceitaram participar receberam uma folha com informações sobre o estudo, assinaram um consentimento informado e, posteriormente, preencheram o questionário com os dados sociodemográficos, tendo respondido em seguida a dois instrumentos de avaliação: o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (STAI-Y1 para o estado e STAI-Y2 para o traço); e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE).

Este estudo obteve aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Porto – Centro Materno-Infantil do Norte (CMIN) da Maternidade Júlio Dinis e teve a supervisão no local pela Dra. Alexandrina Mendes.

2.3. Medidas

As variáveis sociodemográficas foram obtidas recorrendo a um questionário específico que acedeu aos seguintes dados: nome, data de nascimento, morada, telefone móvel, email, naturalidade, habilitações literárias, profissão ou ocupação, estado civil e onde e com quem se habita. Nesse mesmo questionário estavam em seguida questões relacionadas com especificidades da gravidez (primípara ou múltipara, tempo de gravidez em semanas e o respetivo trimestre, gravidez de risco ou normal e quanto ao planeamento dessa gravidez, se foi planeada ou não); questões relacionadas com a saúde da grávida (se é fumadora ou não, patologias, psicopatologias e patologias na família); e por fim questões relacionadas com possíveis preocupações com a gravidez onde a grávida elegia, entre os elementos enunciados, aqueles que melhor configurassem as suas preocupações (saúde/bem-estar do bebé, saúde própria, imagem/impacto corporal, falta de apoio familiar, falta apoio médico, parto, pós-parto, bens materiais, ou nenhuma preocupação). Esta informação foi adaptada pelo que a literatura aponta como principais preocupações das grávidas: mudanças ocorridas no próprio corpo; complicações hipotéticas ou reais que possam ocorrer ao longo do período de gestação; no parto; expectativas relativas aos novos papéis que se geram com a maternidade e em torno do bebé; reestruturação na rede de relações familiares e sociais (Conde & Figueiredo, 2003); saúde do bebé; saúde própria; questões financeiras; educação e parentalidade (Simpson et al., 2014); perceção de apoio insuficiente ou inadequado de familiares e amigos (Highet et al., 2014).

Ansiedade estado e traço – STAI (forma Y). A propósito da ansiedade estado e ansiedade traço, Spielberger (1994) refere que esta divisão decorre do trabalho pioneiro de Cattell e Scheier, onde estes emergem como fatores independentes, revelando a existência de dois constructos diferentes, mas relacionados do ponto de vista lógico (Santos & Silva, 1997). Estes conceitos, inicialmente introduzidos por Cattell (1966; Cattell & Scheier, 1961, 1963), foram posteriormente desenvolvidos por Spielberger (1966, 1972, 1976, 1979) (Silva & Spielberger, 2007). O inventário de estado-traço de ansiedade (STAI) foi desenvolvido por Spielberger, Gorsuch e Lushene no ano de 1970, revisto posteriormente em 1983, e destina-se a obter medidas precisas para os dois tipos de ansiedade, em clínica e em investigação, combinando, como base teórico-concetual, os construtos dos referidos autores com a teoria de sinal de perigo de Freud (Santos & Silva, 1997). O instrumento é composto de duas escalas *Likert* diferentes, cada um com 20 itens com quatro graduações, cujos valores podem variar entre 20 e 80 pontos. Um deles está relacionado com a ansiedade-estado

(STAI-Y1) e a pontuação dada mede o grau de ansiedade do sujeito no momento em que preenche o questionário. A outra escala está relacionada com a ansiedade-traço (STAI-Y2), uma distinção clara entre uma condição temporária de um estado de ansiedade, e uma característica mais global de ansiedade a longo prazo (Pereira et al., 2015). A forma “Y” é desenvolvida posteriormente à forma “X”, tendo sido substituídos 30 por cento dos itens, o que resultou no apuramento das qualidades psicométricas de ambas as escalas (Silva & Spielberger, 2007). O manual do STAI fornece, em relação à população portuguesa, os valores normativos e os percentis correspondentes que incluem a variáveis idade e género. A versão portuguesa demonstra uma boa consistência interna com um Alpha de Cronbach de 0.87 e 0.88 (Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, & Costa, 2009).

Depressão – IACLIDE. Partindo da necessidade fundamental da existência de instrumentos vocacionados para identificar e para avaliar a depressão, o autor Adriano Vaz Serra (1994), desenvolve uma escala de autoavaliação para a depressão que permite medir, com a maior exatidão possível, a depressão, ajustada à realidade cultural portuguesa (Vaz Serra, 1994), e à qual foi dado o nome de Inventário de Avaliação Clínica da Depressão – IACLIDE. A avaliação incide sobre a presença e gravidade de um quadro depressivo e consiste num questionário de autorresposta, composto por 23 itens, cuja resposta é registada numa escala ordinal de 5 posições, entre “0” e “4”, avaliando perturbações de quatro tipos: *biológico* (itens 13, 15, 6, 3, 11, 8), *cognitivo* (itens 1, 17, 12, 9, 5, 16, 10, 19, 18, 7), *interpessoais* (itens 2, 4, 14), e *desempenho da tarefa* (itens 22, 20, 23, 21). Estas dimensões traduzem, respetivamente, a relação que o indivíduo estabelece com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho. Os itens que compõem estas 4 dimensões são depois agrupados formando 5 fatores da depressão: o *fator 1* que diz respeito à dificuldade do desempenho da tarefa associada a queixas biológicas e cognitivas, associadas à clássica depressão endógena (itens 22, 20, 13, 15, 23, 6, 1, 17); o *fator 2* reflete que uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo sintomas cognitivos em que está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio (itens 12, 17, 9, 21, 5, 16, 10, 2); o *fator 3* que reúne elementos da constelação suicida (itens 19, 18, 7, 10); o *fator 4* que corresponde aos sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa em que há uma marcada instabilidade emocional e dependência dos outros (itens 3, 4, 2, 14); e o *fator 5* que reúne os dois tipos de transtornos do sono que o inventário regista (itens 11, 8) (Vaz Serra, 1994). No final o instrumento permite ainda explorar as incapacidades geradas pela depressão para quatro

dimensões: para a vida em geral, para o trabalho, para a vida social e incapacidade para a vida familiar.

O IACLIDE teve como base uma amostra de 340 indivíduos deprimidos, tendo um resultado da correlação “par/ímpar” de .854 e o coeficiente de *Spearman-Brown* de .920, traduzindo uma boa consistência interna. Apresentou um coeficiente de validação concorrente de .717 com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck, aferida em 1973 por Vaz Serra e Pio de Abreu. O ponto de corte entre normais e deprimidos correspondeu à nota global de 20 do IACLIDE, sendo considerado três níveis de depressão: (1) depressão leve, se a baliza de valores for entre 20 a 34, e que indica que o indivíduo é perturbado pelos sintomas com alguma dificuldade em continuar o seu trabalho e atividades sociais usuais mas que, provavelmente, não deixa de funcionar completamente; (2) depressão moderada, com valores situados entre 35 e 52, e que indica que o indivíduo tem usualmente uma dificuldade considerável em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas; (3) e depressão grave, acima do valor igual ou superior a 53, indicador que que o doente se sente incapaz, a não ser de forma muito limitada, em continuar com as suas atividades sociais, de trabalho ou domésticas (Vaz Serra, 1994). Este inventário apresenta um Alpha de Cronbach de 0.89.

2.4. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21). Inicialmente foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e dos valores encontrados nos dois instrumentos de avaliação – o STAI (Y1 e Y2) e o IACLIDE. Em seguida foram estatisticamente comparadas as diferenças entre a ansiedade-estado e a ansiedade-traço, através do teste-t para amostras emparelhadas, passando seguidamente a comparações estatísticas da ansiedade-estado com as variáveis sociodemográficas, na qual, por não seguirem uma distribuição normal, foi aplicado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal Wallis*, ambos para amostras independentes. Por fim foi utilizada a correlação não paramétrica de *Spearman* para comparar tanto correlações entre a ansiedade e algumas das variáveis, como com as diferentes dimensões do IACLIDE.

3. Resultados

3.1. Resultados Descritivos

3.1.1 Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 50 participantes do sexo feminino e de nacionalidade portuguesa e em experiência de gravidez, das quais 30 são primíparas e as restantes 20 multíparas, tendo a gravidez atual sido planeada em mais de metade das participantes (72%). O tempo médio de gestação, em semanas, situa-se em torno das 23 semanas ($M=23.64$; $DP=9.71$), porém, em relação aos três trimestres de gravidez a amostra distribui-se exclusivamente pelo primeiro ($n=19$) e pelo terceiro ($n=31$) trimestre.

A amostra apresenta uma amplitude de idade que varia entre os 18 e os 41 anos ($M=30.50$; $DP= 5.30$) e com um percurso escolar que se distribui pelo nível secundário (64%) e o nível superior (36%). Apenas uma minoria das participantes apresenta o estado civil de solteira (14%), estando a maioria em regime de casamento, união de facto, ou simplesmente numa condição de compromisso relacional considerado como “junta”. Em termos do local de habitação e do contexto familiar, a maioria habita em casa própria e em casal (80%), sendo que, apenas uma minoria, habita em casa de familiares. No que toca à seleção dos itens que configuram as suas preocupações atuais, mais de metade das grávidas selecionou os itens de preocupação com a “saúde e bem-estar do bebé”, “em relação ao parto” e “com a saúde própria”, tendo os dois primeiros a sua maior expressão (94% e 70% respetivamente); entre 15% e 30% da amostra acrescenta os itens “preocupação com o pós-parto”, “preocupação com impacto na imagem corporal” e “preocupação com a falta de apoio médico”; e de uma forma muito residual, apenas 4% a 6% para os itens “bens materiais”, “falta de apoio familiar” e “nenhuma preocupação”.

3.1.2 STAI (Y1 e Y2) e IACLIDE

Os resultados obtidos na aplicação dos dois instrumentos apresentam valores médios que revelam ausência, tanto em relação à ansiedade estado e ansiedade traço, como em relação à depressão. Na escala de ansiedade-estado (STAI-Y1) valores brutos ligeiramente superiores, cuja média se pontua nos 30.08 pontos [$M=30.08$; $DP=11.22$] (com valores

mínimos de 20 pontos e máximo de 65), correspondendo ao valor médio do percentil para todas as grávidas situado em 28 [$M=28.14$; $DP=30.27$]; e na escala de ansiedade-traço (STAI-Y2), valores brutos cuja média se pontua nos 29.72 pontos [$M=29.72$; $DP=9.70$] (com valores mínimos de 20 pontos e máximo de 69), com o valor médio do percentil situado em 24 [$M=24.50$; $DP=22.10$]. Para além dos valores médios pode-se ainda verificar que 22% ($n=11$) das grávidas apresenta valores clínico significativos de ansiedade-estado, situados entre o percentil 63 e 99 para a população portuguesa, e sem valores clínicos para a ansiedade-traço.

Comparando as diferenças entre a média dos valores brutos encontrados nos instrumentos STAI-Y1 e STAI-Y2, através da aplicação de um teste-t para amostras emparelhadas, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas [$M=3.60$, $DP=8.44$; $t(49)=.30$, $p=.76$] entre os dois tipos de ansiedade. Contudo, através da correlação não paramétrica de *Spearman*, verifica-se que ambos se correlacionam positivamente [$R_s=.496$; $p=.000$], ainda que de uma forma moderada, e cujos valores podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1. Ansiedade-estado e ansiedade-traço

	<i>Média valores brutos</i>	<i>Média do percentil</i>
STAI-Y1	30.08 [DP=11.22]	28.14 [DP=30.27]
STAI-Y2	29.72 [DP=9.70]	24.5 [DP=22.10]
<i>Correlação</i>	[$R_s=.496$; $p=.000$]**	

** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

Em relação aos resultados do inventário de depressão (IACLIDE), verificam-se valores brutos com uma média pontuada nos 9.30 pontos [$M=9.30$; $DP=10.34$]. Em relação aos diferentes graus de depressão a maioria apresenta-se na categoria “Normal” ($n=47$) e apenas 5 na categoria “Leve” e 2 na categoria “Moderada”. Em relação aos pontos de corte (≥ 2) para cada uma das dimensões, na depressão “Leve” 2 grávidas apresentam valores para o *F2* e as restantes 3 valores para *sintomas interpessoais*, *F4* e *F5*; e na depressão “Moderada” as 2 grávidas apresentam valores para *sintomas biológicos*, *interpessoais* e *desempenho de tarefa*; *F1* e *F4*; e *incapacidades no trabalho*, *vida social* e *vida familiar*.

3.1.2 Correlações entre ansiedade estado e depressão

Ao correlacionar os valores encontrados para a ansiedade estado (STAI-Y1 percentil) com os valores brutos referentes à pontuação para a depressão (IACLIDE) verifica-se a existência de uma correlação positiva [$R_s=.35$], que embora fraca apresenta-se estatisticamente significativa [$M=28.14$, $DP=30.27$; $M=9.30$, $DP=10.34$; $p=.013$]. O valor da correlação não paramétrica de *Spearman* pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2. Ansiedade-estado e depressão

<i>STAI (média percentil)</i>	<i>IACLIDE (média valores brutos)</i>
28.14 [DP= 30.27]	9,3 [DP= 10.34]
<i>Correlação</i>	[$R_s=.350$; $p=.013$]**

** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

A ansiedade estado apresenta correlações estatisticamente significativas com as diferentes dimensões da depressão descritas no IACLIDE e os valores podem ser observados na tabela 3, com as seguintes características: Na categoria dos *sintomas* e para a dimensão dos *sintomas interpessoais*, uma correlação positiva e fraca [$M=.50$, $DP=.70$; $R_s=.341$; $p=.016$]; Na categoria dos *fatores de depressão* e para a dimensão *F2 personalidade obsessiva*, uma correlação positiva e fraca [$M=.08$, $DP=.55$; $R_s=.338$; $p=.017$]; para a dimensão *F3 constelação suicida*, uma correlação negativa e fraca a moderada [$M=.27$, $DP=.63$; $R_s=-.380$; $p=.007$]; e para a dimensão *F4 personalidade apelativa*, uma correlação positiva e fraca [$M=.63$, $DP=1.21$; $R_s=.301$; $p=.034$]. Por último, na categoria das *incapacidades*, para a dimensão *incapacidade para o trabalho*, uma correlação positiva e fraca [$M=.74$, $DP=.52$; $R_s=.291$; $p=.041$]; para a dimensão *incapacidade para a vida social*, uma correlação positiva e fraca [$M=.80$, $DP=.65$; $R_s=.333$; $p=.018$]; e para a dimensão *incapacidade para a vida familiar*, uma correlação positiva e fraca [$M=.73$, $DP=.52$; $R_s=.336$; $p=.017$].

Tabela 3. Correlações entre ansiedade-estado e dimensões da depressão

IACLIDE		STAI-YI percentil	
Sintomas Fatores da depressão	Interpessoais	$R_s = .341^*$	$p = .016$
	(F2) Personalidade obsessiva	$R_s = .338^*$	$p = .017$
	(F3) Constelação suicida	$R_s = -.380^{**}$	$p = .007$
	(F4) Personalidade apelativa	$R_s = .301^*$	$p = .034$
Incapacidades	Trabalho	$R_s = .291^*$	$p = .041$
	Vida social	$R_s = .333^*$	$p = .018$
	Vida familiar	$R_s = .336^*$	$p = .017$

** A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

* A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)

3.1.3 Ansiedade estado e as variáveis sociodemográficas

No que toca às variáveis sociodemográficas e em particular aos valores de ansiedade-estado entre as grávidas do 1º (n=19) e 3º trimestre (n=31), e ainda que os valores se apresentem mais baixos nas grávidas do primeiro grupo, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para amostras independentes permite verificar que as diferenças não são significativas [$Md=9$, $AI=62$; $Md=16$, $AI=23$; $p=.956$].

O mesmo já não se verifica quando se compara os resultados entre as grávidas de primeira vez, ou primíparas (n=30), com o grupo das grávidas com experiência prévia, ou múltiparas (n=20). Não só as primeiras apresentam valores de ansiedade significativamente superiores em relação às segundas [$Md=27$, $AI=56$; $Md=7$, $AI=23.50$; $p=.04$], como também se verifica a existência de uma correlação negativa [$R_s = -.350$, $p=.013$], que apesar de fraca é igualmente significativa. De igual forma a idade das grávidas também se correlaciona com a ansiedade estado, numa correlação fraca, negativa [$R_s = -.293$] e estatisticamente significativa [$M=28.14$, $DP=30.27$; $M=30.50$, $DP=5.30$; $p=.039$]. Ambos os resultados podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4. Correlações significativas para a ansiedade-estado

	Gravidez		Idade
	Primípara (mediana)	Múltipara (mediana)	(média)
STAI-YI percentil	27 [AI=56]	7 [AI=23.50]	30.50 [DP=5.30]
N	30	20	50
Correlações	$R_s = -.350$ [$p = .013$]**		$R_s = -.293$ [$p = .039$]*

* significativa no nível 0.05 (bilateral) ** ao nível 0.01 (bilateral)

No que toca à comparação da ansiedade em relação ao nível de habilitações académicas das grávidas, que se distribui apenas pelo nível secundário ($n=32$) e nível superior ($n=18$), e apesar de se verificarem valores mais elevados de ansiedade nas grávidas com um percurso académico mais elevado, as diferenças não se apresentam como significativas [$Md=25$, $AI=9$; $Md=31$, $AI=17$; $p=.097$].

Tentando perceber a relação da ansiedade com o estado civil das participantes a amostra divide-se por 3 grupos com estados distintos – solteiras ($n=7$); casadas e/ou em união de facto ($n=22$); e juntas ($n=21$) – sendo que existindo um grupo com apenas 7 elementos verificou-se a não existência de condições estatísticas que permitam uma boa leitura de resultados pela referida discrepância.

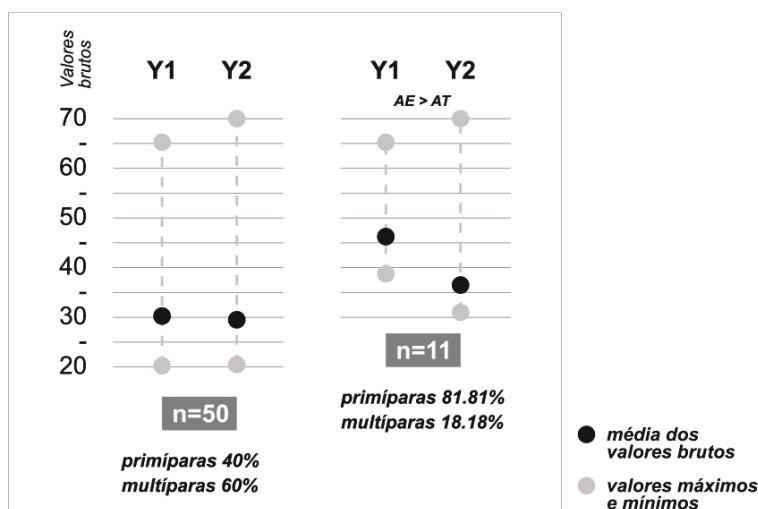
Por último, agrupando as grávidas em relação à sua situação de habitação, verifica-se uma problemática idêntica à anterior, já que existe um grupo maioritário de grávidas em situação de casal que habita em casa própria ($n=40$), face a outros dois grupos minoritários que configuram a situação de casal que habita com outros familiares em casa de familiares, e a situação da grávida (sozinha) que habita com familiares em casa de familiares, ambos apenas com 5 elementos cada.

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo principal averiguar a presença de ansiedade em mulheres grávidas do primeiro e terceiro trimestre, associada ao estado gravídico, tendo em conta os ajustes multidimensionais, enquadrados como dificuldades psicológicas, e que configuram o denominado *stress* materno. Para além disso, a sua relação com diferentes variáveis sociodemográficas – primíparas e múltiparas; idade; habilitações académicas; estado civil e situação de habitação – e por fim a sua relação de comorbilidade com a depressão e as suas diferentes dimensões.

Os resultados médios dos valores brutos relativos à ansiedade mostraram ser inferiores aos dados normativos para a população portuguesa, tanto para o estado como para o traço, e que pela normalização dos valores em percentis distam respetivamente 16.86 e 20.50 pontos do percentil considerado como significativo (>50). Pode-se assinalar que na amostra, 78% das grávidas não apresenta perturbação de ansiedade, e que 22% apresenta níveis de ansiedade com algum efeito perturbador, seguindo os resultados de outros estudos empíricos (Breitkopf et al., 2006; Figueiredo & Conde, 2011; Heron et al., 2004; Huizink et al., 2004), nos quais os valores encontrados em grávidas revelam a existência de ansiedade-estado, e com revisões sistemáticas de estudos e de instrumentos de avaliação em torno desta temática (Conde & Figueiredo, 2003, 2005; Evans et al., 2015; Nast et al., 2013; Shwu-Ru et al., 2014) que sugerem a presença desta perturbação como específica da gravidez. Atentando à figura 1 podem ser observados os valores médios de ansiedade-estado desse grupo ($n=11$), que se situam em torno dos 47 pontos e cujos valores para a ansiedade traço são inferiores, situados numa média de 37 pontos. A importância desta exploração decorre da observação que estas mulheres tiveram um aumento na ordem dos 10 pontos para um tipo de ansiedade situacional, e que sem valores expressivos que sugiram personalidades ansiosas. Para este estudo torna-se fundamental contribuindo para a sugestão de que os resultados refletem uma ansiedade específica e encarada na literatura como um conjunto de preocupações inerentes ao estado da gravidez (Huizink et al., 2004).

Figura 1- Comparação entre valores brutos STAI Y1 e Y2



No mesmo sentido, segue a direção proposta na revisão sistemática levada a cabo por Evans e colaboradores (2015), na qual os autores verificam (através do STAI) uma discriminação entre as mulheres grávidas que mostraram um elevado estado de ansiedade em situação clínica de alto risco, sem qualquer alteração nos seus níveis de ansiedade-traço. Por último, a figura permite-nos ainda explorar que o grupo em questão é constituído maioritariamente por grávidas primíparas, podendo esta observação sugerir os desafios psicológicos que as mães de primeira vez atravessam, aqui expressados pela ansiedade. É este conjunto de dados que nos permite realçar o risco a que esta população está sujeita, enaltecer a importância desta temática e incentivar a sua investigação. Não obstante, e apesar das importantes diferenças entre os valores dos dois tipos de ansiedade, o que se verifica na amostra total é que estas não são significativas, ainda que sugiram uma correlação significativa, moderada e positiva, entre si, e que corrobora com o referencial teórico (Hackfort & Spielberger, 1989) sobre esta relação.

Quando observamos as diferenças de intensidade da ansiedade na amostra entre os dois trimestres estudados, e apesar de não serem significativas, os valores médios apresentam-se mais elevados nas grávidas do terceiro trimestre em relação às do primeiro. Se optarmos por observar apenas as 11 grávidas que na amostra revelam cariz clínico para a ansiedade-estado, os resultados seguem a mesma direção, com um percentil médio superior nas grávidas do terceiro trimestre (situado no percentil 85) face às do primeiro (situado no percentil 75). É um aspeto que parece confirmar a trajetória descrita no estudo das investigadoras Figueiredo e Conde (2011), que verificaram um aumento dos sintomas de ansiedade desde o terceiro trimestre de gravidez até ao parto, sugerindo-se uma relação com

questões inerentes à preocupação com o momento do dar à luz, ainda que o primeiro trimestre também represente um importante desafio para as mães e os seus companheiros. Ainda assim, e como limitação, estamos perante uma divisão não equitativa entre os dois trimestres na amostra, sugerindo-se em futuros estudos o controle desta variável.

No que toca às variáveis sociodemográficas, e iniciando pelas diferenças encontradas nos níveis de ansiedade entre as grávidas primíparas e as múltiparas da amostra, os valores encontrados expressam níveis significativamente superiores nas “mães de primeira vez”, em relação às mulheres com experiência prévia na maternidade. Importa referir que na exploração dos valores para a ansiedade representados na figura 1 já tinha sido identificado a importância desta variável. Esta especificidade foi assinalada na literatura, estando muito provavelmente relacionada com experiência do desconhecido, sendo sugerida a primeira gravidez como uma transição particularmente difícil (Guardino & Schetter, 2014), ainda que para os pais pela segunda vez existam também importantes dificuldades ligadas ao processo de incorporar um novo membro num sistema preexistente (Figueiredo & Conde, 2011). Para além desta diferença ser significativa é ainda reforçada pelo resultado igualmente significativo no qual se sugere a ansiedade correlacionada negativamente com a experiência prévia da gravidez, em linha de semelhança às interações encontradas nos mesmos estudos.

Em relação à idade a literatura sugere alguma falta de consenso, no que toca à sua relação com a ansiedade materna, apontando resultados contraditórios (Guardino & Schetter, 2014). Ainda assim, Guardino e Schetter (2014), na sua revisão, assinalam que a idade é uma variável significativa a ter em conta, surgindo indicações de que quanto mais idade a gestante apresenta menos intensa se torna a experiência de ansiedade. No presente estudo esta observação segue o mesmo sentido pela correlação positiva encontrada entre ambas as variáveis. Contudo, ao observar atentamente as mulheres com níveis clínicos significativos de ansiedade-estado (figura 2), encontramos uma amplitude de idades que integra tanto mães jovens como mães mais velhas, mais concretamente entre os 18 e os 37 anos de idade, não permitindo enunciar um efeito claro desta variável, e que acaba por contrariar a correlação encontrada. Este contraponto foi também descrito na mesma revisão da literatura, onde se apontam para dificuldades encontradas na compreensão da relação desta variável.

Na figura 2 podemos observar a combinação dos resultados em relação à ansiedade a par com a idade, o trimestre e o tipo de gravidez. Constata-se a referida amplitude de idades; as diferenças entre os valores para a ansiedade estado ($AE > AT$); a distribuição de

grávidas pelos dois trimestres, sendo maioritário o primeiro; e que a maioria pertencente ao grupo de grávidas sem experiência prévia, ou mães de primeira vez (primíparas).

Figura 2 - Grupo de grávidas com valores clínicos para a ansiedade

<i>n=11</i>	IDADE	Y1	Y2	TRIMESTRE	GRAVIDEZ
	18	65	69	3º trimestre	Primípara
	25	65	69	3º trimestre	Primípara
	27	42	20	3º trimestre	Múltipara
	29	39	31	1º trimestre	Primípara
	29	39	33	1º trimestre	Primípara
	30	39	33	1º trimestre	Primípara
	30	39	31	1º trimestre	Primípara
	35	52	32	1º trimestre	Primípara
	36	52	32	1º trimestre	Primípara
	36	42	23	3º trimestre	Múltipara
	37	52	36	1º trimestre	Primípara

----- AE > AT

1º trim. n=7 primíparas n=9
3º trim. n=4 múltiparas n=2

Termos encontrado tanto mulheres mais novas como mais velhas com os níveis de ansiedade-estado mais elevados abre caminho para um enquadramento que se aproxima de outras investigações que referem existir assim um efeito curvilíneo (Guardino & Schetter, 2014). À partida poderíamos também esperar que as grávidas mais novas fossem as primíparas, e que a combinação destes dois fatores, idade e falta de experiência prévia, estivesse em linha com uma maior intensidade de ansiedade. Porém, a variável da falta de experiência prévia (primíparas) sugere ter uma expressão mais clara do que a idade. As mais novas por questões inerentes ao desafio que representa a gravidez nesta idade, mas também as mais velhas, cuja maternidade é adiada, por questões de carreira, sociais ou económicas, colocando-as frente a desafios acrescidos pela idade avançada (Guardino & Schetter, 2014), incluindo as questões de infertilidade. Assim, e para além da correlação encontrada, a idade combinada com o momento de se tornar mãe pela primeira vez parece sugerir uma relação relevante para este estudo.

Observando tanto o nível académico das participantes, como o estado civil ou a situação de habitação, nenhuma das variáveis é significativa para as diferenças encontradas em relação à ansiedade. Em todo o caso, das 18 mulheres da amostra com nível académico superior (e 32 com nível secundário), metade pertence às grávidas que apresentam valores clínicos para a ansiedade (com 61,5% licenciadas no total), contrariando outros estudos que relacionam níveis mais baixos de educação com a ansiedade (Guardino & Schetter, 2014) na gravidez. Em relação ao estado civil e à situação de habitação as participantes distribuem-

se pelas diferentes categorias de uma forma que não permite uma análise estatística com a robustez e interesse desejados, sendo encarado como uma limitação deste estudo. Ainda assim a literatura aponta para o facto de as mulheres casadas e as que relatam níveis mais altos de apoio social durante a gravidez tenderem a pontuar níveis mais baixos de ansiedade gravídica (Guardino & Schetter, 2014). A partir desta constatação sugere-se que em futuros estudos se opte por amostras maiores e com um controlo objetivo em termos dos critérios de seleção da amostra para estas três variáveis.

Em relação à seleção dos itens das preocupações no momento da entrevista, revelam que o grande foco de preocupação se centra nas questões da saúde e bem-estar do bebé e no parto, independentemente do trimestre de gravidez, com ou sem experiência na gravidez, sugerindo um tipo de preocupação comum do período ante-natal, assinalado pela literatura em torno da ansiedade gestacional (Evans et al., 2015; Figueiredo & Conde, 2011; Guardino & Schetter, 2014). Contudo, esta medida apresenta fortes limitações no que toca à compreensão da relação dos diferentes tipos de preocupações na gravidez e a ansiedade, sendo necessário, para o devido efeito, metodologias específicas e com objetivos claros em tornos destas dimensões.

Uma vez que este estudo integra também os referenciais teóricos que enquadram a ansiedade relacionada com a depressão (Chia & Graves, 2016; Fairbrother et al., 2015; Field et al., 2010; Heron et al., 2004; Shwu-Ru et al., 2014; Tuohy & McVey, 2008), e em relação aos resultados específicos desta perturbação, estes revelaram ausência de depressão clínica em 86% da amostra, apresentando-se apenas 10% com depressão leve e a existência muito residual de depressão moderada, manifesta em apenas 2 casos. Ainda assim, os valores encontrados para a ansiedade e para a depressão sugerem a existência de uma correlação positiva entre ambas, indo ao encontro dos referidos enquadramentos em torno da sua comorbilidade. Porém, observando as grávidas com depressão leve podemos verificar que não existem valores significativos ao nível das incapacidades, podendo por isso tratar-se apenas da expressão de possíveis impactos emocionais. Já em relação aos 2 casos com depressão moderada, com pontuações brutas no STAI de 69 pontos para o traço e 65 pontos para o estado, as perturbações emocionais parecem estar mais instaladas e com impacto nos valores das incapacidades destas mulheres. Pode-se assim observar que ambas apresentam uma ansiedade-traço superior à ansiedade-estado, sugerindo que a ansiedade encontrada será menos específica da gravidez, abrangendo aspetos intrínsecos à personalidade, e em maior comorbilidade com a depressão.

Dentro das dimensões da depressão observadas neste estudo assinalam-se correlações, que apesar de fracas são significativas, em 3 destas, e com direções positivas e negativas. Positivas para os *sintomas* na categoria dos *sintomas interpessoais*; para os *fatores da depressão* no *F2* e *F4*; e para as *incapacidades* nas categorias *incapacidade para o trabalho*, *incapacidade social* e *incapacidade familiar*. Correlação negativa para os *fatores da depressão* no *F3*.

Os *sintomas interpessoais* traduzem as questões relacionadas com a dependência em relação a outras pessoas ou a um isolamento social (Vaz Serra, 1994), e que vão ao encontro do estudo qualitativo de Highet e colaboradores (2014) que explora as dificuldades psicológicas na gravidez, na qual, a ansiedade experienciada é tanto maior quanto maior o isolamento social. O *F2* diz respeito à *personalidade obsessiva*, na qual se identifica uma personalidade obsessiva subjacente, pronta a censurar-se, hesitante e pessimista, desenvolvendo de preferência sintomas cognitivos em que está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio (Vaz Serra, 1994). A correlação com esta dimensão pode ser relacionada com as referências na literatura sobre o impacto da personalidade, tanto na perceção da ameaça, como na diminuição da perceção das estratégias de *coping* face a essa ameaça (Gallagher et al., 2014; Waters & Craske, 2016), e que resultam no aumento da ansiedade na gravidez. O *F4*, que diz respeito à *personalidade apelativa*, na qual existe uma marcada instabilidade emocional e dependência dos outros (Vaz Serra, 1994) salientando uma vez mais aspetos concordantes com a literatura no que toca à importância da estabilidade emocional para a perceção das capacidades do desempenho como mãe, assim como a importância do apoio social (Guardino & Schetter, 2014; Highet et al., 2014). Dentro das incapacidades: a *incapacidade para o trabalho*, na qual predomina o desinteresse pelo trabalho e dificuldades de concentração, perda de memória e fadiga no desempenho das tarefas; *incapacidade social* associado a questões relacionadas com a incapacidade no desempenho de problemas e dificuldades de concentração; e *incapacidade familiar* com perda de alegria de viver, inatividade e dependência dos outros (Vaz Serra, 1994). Por último, a correlação negativa na categoria *F3*, e que diz respeito aos fatores da *constelação suicida*, que reúne os elementos como a ideação suicida, a perda de alegria de viver, sentimentos de infelicidade e perda de esperança no futuro (Vaz Serra, 1994). Apesar de não existir nenhuma grávida com valor significativo neste fator, esta correlação pode sugerir questões relacionadas com sentimentos de esperança em torno da nova vida e com a maternidade.

Estes resultados permitem-nos apontar o importante impacto da ansiedade/depressão na trajetória individual e familiar das grávidas, cujas incapacidades afetam não apenas questões intraindividuais (memória, fadiga, perda de prazer) como no âmbito das mais importantes dimensões da vida – a família e o trabalho, e de grande importância para o estabelecimento de estratégias de acompanhamento destas mulheres e das suas famílias. Os resultados para todas estas dimensões, ainda que sejam referentes a valores para a depressão, apresentam pistas de interesse para este estudo, uma vez que apoiam uma conceitualização da ansiedade na gravidez de cariz multidimensional. Este estudo assume um instrumento de medida da ansiedade generalizada e unidimensional e por essa mesma razão merece ser sinalizado como limitação à investigação da temática. Resta também referir que, em torno da relação da ansiedade na gravidez com estas dimensões avaliadas para a depressão, se tornam necessários estudos mais aprofundados e com metodologias adequadas para a sua melhor compreensão.

Apesar do contributo deste estudo para a investigação, destacam-se mais algumas limitações para além daquelas que foram sendo identificadas no decorrer desta discussão. Neste sentido, pode-se assinalar, desde logo, questões relacionadas com a metodologia e ao desenho experimental. O facto de o grupo alvo em estudo serem grávidas de dois trimestres de gestação seria importante que a amostra tivesse uma distribuição equitativa para os dois grupos, bem como a inclusão de um terceiro grupo com grávidas do 2º trimestre, e um quarto com grávidas no pós-parto para melhor se compreender a trajetória da ansiedade. Para além disso a questão de se medir a ansiedade em momentos diferentes e com grávidas diferentes dificulta a clareza dos resultados obtidos, sugerindo-se estudos longitudinais e com uma amostra maior, de forma a contornar possíveis desistências. A seleção das participantes levanta também importantes questões. O momento da entrevista, e o facto de esta coincidir com o tempo de espera que antecede uma ecografia obstetra, cujo foco atencional e emocional se centra no resultado desse exame e, com isso, poder influenciar o (des)interesse na resposta aos instrumentos. Importa ter em conta a possível ativação de recursos de esperança, resiliência e de positividade que podem configurar as estratégias de *coping* de uma grávida que aguarda o resultado desta ecografia e que pode ser altamente impactante para si e para as suas famílias. Um momento menos exigente para a grávida seria o desejável, ou a inclusão de medidas para aspetos de resiliência a serem confrontados com os resultados. Por fim, a utilização de um único instrumento, criado para a população geral e como medida unidimensional, e não para o período específico como a gravidez, pode ser igualmente

encarado como uma limitação. São necessários estudos que permitam validar instrumentos específicos para a ansiedade na gravidez em Portugal, sendo que os marcadores somáticos, originalmente previstos para este estudo, poderão contribuir com resultados importantes para esta temática. A esta sugestão acrescenta-se uma última, e que diz respeito à integração de metodologias qualitativas, que avaliem os pontos de vista das mulheres nos instrumentos para medir a ansiedade na gravidez, e que permitam enquadrar as experiências de ansiedade em perspetivas mais compreensivas e multidimensionais.

5. Conclusão

Tendo em conta a discussão em torno da temática exposta neste trabalho, que dirige a atenção ao período de gravidez, tentando compreender o impacto que os ajustes experienciados nesta transição, concretamente as dificuldades que configuram o *stress* materno, trazem para as mulheres, casais e famílias, este trabalho possibilita assumir-se como um contributo. Os motivos que justificam o interesse para se estudar a saúde mental pré-natal, foram apresentados, podendo agora, com mais convicção, assinalar a importância que representam para todas as partes envolvidas. Porém, e provavelmente o mais valioso de entre todos os motivos, a Vida. Apoiar a vida, promover o seu desenvolvimento e criar condições favoráveis, faz parte das mais fortes motivações de todos os profissionais, atuais e aspirantes, da área da saúde.

Este estudo, como foi apresentado, não pretende em nenhum momento afirmar que a ansiedade clínica faz parte do processo de gravidez. O seu contributo centra-se quando, apoiados nos resultados e conscientes das limitações inerentes, se sugere que as mulheres grávidas podem experienciar valores de ansiedade-estado, com significância clínica, em ambos os trimestres de gravidez, e com maior incidência no último, e em especial as mulheres primíparas. O que se assinala pretende trazer mais conscientização para os cuidados da saúde reprodutiva, na expectativa de se desenvolverem ações que proponham intervenções adequadas, assim como futuras investigações que aprimorem o conhecimento desta realidade.

Como projeto pessoal profissional, este trabalho pode ser encarado como uma primeira abordagem de um projeto maior e a ser desenvolvido em conjunto com a médica obstetra desta maternidade, no decurso do seu doutoramento, e que gentilmente convidou a este passo. A etapa seguinte será o aprimoramento das metodologias, tendo em conta as limitações aqui encontradas, com vista a uma nova investigação, longitudinal, e com recurso aos marcadores somáticos. Como concretização final, e numa etapa de finalidade, a possibilidade de, já na qualidade de psicólogo clínico formado, poder acompanhar as intervenções *mindfulness* com grupos de grávidas na maternidade, tornando-o num contributo para a Vida.

Referências

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.
- Breitkopf, C. R., Primeau, L. A., Levine, R. E., Olson, G. L., Wu, Z. H., & Berenson, A. B. (2006). Anxiety symptoms during pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 157-162. doi:10.1080/01674820500523521
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Oxford, England: Ronald.
- Chia, A.-L., & Graves, R. (2016). Examining anxiety and depression comorbidity among Chinese and European Canadian university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(2), 215-233. doi:10.1177/0022022115618025
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Revista Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). ANSIEDADE NA GRAVIDEZ: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36, 41-49.
- DiPietro, J. A., Novak, M. F. S. X., Costigan, K. A., Atella, L. D., & Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(3), 573-587.
- Elwood, L. S., Wolitzky-Taylor, K., & Olatunji, B. O. (2012). Measurement of anxious traits: a contemporary review and synthesis. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(6), 647-666. doi:10.1080/10615806.2011.582949
- Evans, K., Spiby, H., & Morrell, C. J. (2015). A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 71(9), 1986-2001 1916p. doi:10.1111/jan.12649
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-9. doi:10.1186/s12888-015-0526-6
- Feinberg, M., Jones, D., Roettger, M., Hostetler, M., Sakuma, K.-L., Paul, I., & Ehrenthal, D. (2016). Preventive Effects on Birth Outcomes: Buffering Impact of Maternal Stress, Depression, and Anxiety. *Maternal & Child Health Journal*, 20(1), 56-65 10p. doi:10.1007/s10995-015-1801-3
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., . . . Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 23-29. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132(1/2), 146-157 112p. doi:10.1016/j.jad.2011.02.007

- Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive Therapy and Research*, 38(6), 571-584. doi:10.1007/s10608-014-9624-x
- Ghaffar, R., Iqbal, Q., Khalid, A., Saleem, F., Hassali, M. A., Baloch, N. S., . . . Bashaar, M. (2017). Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Women's Health*, 17, 1-8. doi:10.1186/s12905-017-0411-1
- Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Understanding Pregnancy Anxiety: Concepts, Correlates and Consequences. *Zero to Three*, 34(4), 12-21.
- Gunning, M. D., Denison, F. C., Stockley, C. J., Ho, S. P., Sandhu, H. K., & Reynolds, R. M. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 266-273 268p. doi:10.1080/02646830903487300
- Hackfort, D., & Spielberger, C. D. (1989). Sport-related anxiety: current trends in theory and research In, *Hackfort, d. and spielberger, C.D. (eds.), Anxiety in sports - an international perspective*, New York, Hemisphere Publishing Corporation, c1989, p.261-267.;
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(1), 65-73.
- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Co0, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 27(3), 179-184. doi:10.1016/j.wombi.2014.05.003
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81-91.
- Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S. J., Austin, M. P., Matthey, S. M., Kemp, L., . . . Yeo, A. E. (2012). Measuring perinatal mental health risk. *Archives Of Women's Mental Health*, 15(5), 375-386. doi:10.1007/s00737-012-0297-8
- Narchi, N. Z., & Fernandes, R. A. Q. (2013). *Enfermagem E Saude Da Mulher*: Manole.
- Nast, I., Bolten, M., Meinlschmidt, G., & Hellhammer, D. H. (2013). How to Measure Prenatal Stress? A Systematic Review of Psychometric Instruments to Assess Psychosocial Stress during Pregnancy. *Paediatric & Perinatal Epidemiology*, 27(4), 313-322 310p. doi:10.1111/ppe.12051
- Parcells, D. A. (2010). Women's mental health nursing: depression, anxiety and stress during pregnancy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(9), 813-820 818p. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01588.x
- Pereira, P. F., Carvalho, T. M., Ferreira Soares, G. C., & Gualda, D. M. R. (2015). Screening of depressive and anxiety symptoms in postpartum patients: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 1-10 10p.
- Perpiñá-Galvañ, J., José Cabañero-Martínez, M., & Richart-Martínez, M. (2013). RELIABILITY AND VALIDITY OF SHORTENED STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY IN SPANISH PATIENTS RECEIVING MECHANICAL

- VENTILATION. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 46-52 47p. doi:10.4037/ajcc2013282
- Pires, M. A. (2005). *As significações relativas ao corpo e a relação mãe-bébé ao longo do processo gravídico* (pp. 400). (Doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Porto.
- Ries, F., Vázquez, C., Mesa, M., & Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. / Relationship among state and trait anxiety in sport competitions. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Shwu-Ru, L., Panchalli, W., & Ching-Yu, C. (2014). Longitudinal study of perinatal maternal stress, depressive symptoms and anxiety. *Midwifery*, 30(6), 795-801 797p. doi:10.1016/j.midw.2013.11.007
- Silva, D. R., & Spielberger, C. D. (2007). *Manual do Inventário de Estado Traço de Ansiedade (STAI)*: Mind Garden, Inc.
- Simpson, W., Glazer, M., Michalski, N., Steiner, M., & Frey, B. N. (2014). Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the edinburgh postnatal depression scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(8), 434-440 437p.
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 142-148. doi:10.1016/j.jad.2009.03.005
- Tuohy, A., & McVey, C. (2008). Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh postnatal depression scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 153-169.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE: Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Waters, A. M., & Craske, M. G. (2016). Towards a cognitive-learning formulation of youth anxiety: A narrative review of theory and evidence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 50, 50-66. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.008

ANEXO 1



STRESSE NA GRAVIDEZ – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E DE BIOMARCADORES

2016.165 (139-DEFI/128-CES) Trabalho Académico de Investigação no âmbito do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto (FPCE/UP)

Data de Receção no Gabinete Coordenador da Investigação (GCI): 22/09/2016

Data de Envio do Parecer do GCI ao Investigador Principal: 10/10/2016

Data de Receção dos esclarecimentos: 12/10/2016

Reapreciação do Projeto e elaboração do Parecer Final: 25/10/2016

Investigadora Principal e Responsável no Centro Hospitalar do Porto (CHP):

- Alexandrina Mendes – Médica, Interna de Formação Específica de Obstetrícia e Ginecologia, Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) – Centro Hospitalar do Porto (CHP)

Outros Investigadores:

- Natércia Teixeira – Professora Catedrática, Laboratório de Bioquímica.- Faculdade de Farmácia
- Georgina Correia da Silva - Professora Auxiliar, Laboratório de Bioquímica – Faculdade de Farmácia
- Bruno Fonseca – Investigador UCIBIO – Rede de Química e Tecnologia (REQUIMTE)

Aluno de Mestrado Integrado:

- José Miguel Oliveira Silva – Aluno do 5º Ano do Mestrado Integrado em Psicologia – FPCE/UP

Orientador da Dissertação de Mestrado Integrado (Instituição de Ensino):

- Abel Pires – Professor Auxiliar da FPCE/UP

Resumo do Estudo:

- **Local:** Serviço de Obstetrícia – CMIN/CHP e Serviço de Imunologia do CHP
- **Outras Instituições Intervenientes:** Laboratório de Bioquímica, Departamento de Ciências Biológicas – Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
- **Desenho do estudo:** Institucional, observacional, analítico, transversal
- **Objetivos do estudo:**
 1. Contribuir adicionalmente para o processo de validação do instrumento psicométrico, *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI-S), a ser utilizado como medida de ansiedade – estado para a população de grávidas, tendo em conta que a literatura o destaca como sendo o instrumento mais sugerido, observando a sua relação com os biomarcadores de stresse psicossocial nas grávidas, mesmo que com a limitação da necessidade de mais estudos bem como o facto de ser concebido para a população geral e para medir a ansiedade não específica da gravidez;
 2. Contribuir para tornar mais fino o processo de diferenciação entre os diferentes níveis de ansiedade de forma a salientar a importância dos desafios na saúde mental a que esta população específica poderá estar sujeita e que nem sempre são tidos em conta na sua devida importância;
 3. Contribuir para a sensibilização do sistema que integra diferentes profissionais de saúde em torno das grávidas, não só para que se possam articular de uma forma mais eficaz uma avaliação, planeamento e intervenção mais ajustadas.
- **Participantes no estudo:** Grávidas seguidas na consulta de obstetrícia de baixo risco no CMIN.
- **Tamanho da amostra:** Cerca de 150 grávidas

ANEXO 1



- **Duração do Estudo:** Início: 01/01/2017 Conclusão: 31/12/2019
- **Metodologia:**
 - A realização deste estudo de investigação contempla a produção de uma dissertação de mestrado integrado.
 - A seleção das grávidas será feita pela investigadora principal que apresentará o estudo e pedirá a sua colaboração;
 - Será uma amostra aleatória de grávidas que se dirigem a consulta/colheita de análises de rotina do CMIN e aquando da apresentação do estudo, as grávidas assinarão o consentimento informado;
 - A participação no estudo implicará o preenchimento do questionário de auto avaliação - STAI (com a duração de cerca de 15 minutos) e a colheita de 2 tubos adicionais de sangue total com 5 ml cada;
 - A entrega e recolha dos questionários será realizada pelo aluno/investigador, José Silva. Estes serão preenchidos pelas grávidas no dia da colheita de sangue para análises de rotina;
 - A colheita de sangue adicional será efetuada em simultâneo com a colheita das análises de rotina, pelas técnicas do centro de colheita;
 - Serão utilizados dois tubos para recolha das amostras sanguíneas: Um tubo com tampa vermelha, que será enviado para o laboratório de Imunologia do CHP para doseamento de citocinas (IL-1B, IL-6, IL-10, TNF-a); e um tubo de hemograma que será recolhido pelos investigadores da Faculdade de Farmácia para doseamento das enzimas de stresse (Superóxido dismutase - SOD e glutatona);
 - A cada grávida será atribuído um código numérico, com o qual será identificado o questionário e o tubo com a amostra biológica que sairá do CHP;
 - É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato das participantes.

ASPETOS FINANCEIROS:

A Investigadora principal será a responsável pela compra dos reagentes necessários para os doseamentos realizados no laboratório de imunologia e estes serão entregues pela própria no laboratório como previamente acordado com a Responsável do Serviço (Dra. Esmeralda Neves e Prof. Doutora Margarida Lima), pelo que a realização do estudo não implica custos acrescidos para o CHP.

Requisitos Preenchidos:

- ☒ Pedidos de autorização: Conselho de Administração, DEFI e Comissão de Ética
- ☒ Termo de Responsabilidade e *Curriculum Vitae* da Investigadora Principal e Responsável no CHP (Dra. Alexandrina Mendes)
- ☒ Autorização do Diretor do Serviço de Obstetrícia (Dr. Jorge Braga)
- ☒ Autorização da Diretora do Serviço de Imunologia (Dra. Esmeralda Neves)
- ☒ Autorização do Diretor do Departamento da Mulher e da Medicina Reprodutiva (Doutor António Tomé)
- ☒ Autorização da Diretora do Departamento de Patologia (Doutora Margarida Lima)
- ☒ Requisição de Seguro de Responsabilidade Civil
- ☒ Termo de consentimento informado
- ☒ Documento informativo para as participantes
- ☒ Questionário de Auto-Avaliação (STAI Y) -1 Versão Portuguesa

ANEXO 1



APRECIÇÃO e PARECER FINAL do DEFI/ Gabinete Coordenador de Investigação do CHP:

A proposta de investigação *“Stresse na gravidez – Avaliação psicológica e de biomarcadores”* foi reavaliada pelo Gabinete Coordenador de Investigação, tendo sido clarificadas as questões colocadas.

PARECER FAVORÁVEL pelo Gabinete Coordenador da Investigação.

Após a receção dos documentos em falta, o processo será enviado para a Comissão de Ética para avaliação dos aspetos éticos, incluindo o Termo de Consentimento Informado e Documento informativo do estudo.

Deve ser aguardada a comunicação da autorização institucional para o início do estudo.

Centro Hospitalar do Porto, 25 de outubro de 2016

Paula Miller, Gabinete Coordenador da Investigação

José Manuel Pereira, em substituição da Responsável pela área dos Estudos de Investigação
DEFI/ Gabinete Coordenador da Investigação

ANEXO 2

Stresse na Gravidez | Tese de mestrado em psicologia

José Miguel Oliveira e Silva (5º ano do mestrado integrado em psicologia)

Orientação: Prof. Dr. Abel Pires

Recolha de dados: Maternidade Júlio Dinis do Centro Hospitalar do Porto



STRESSE NA GRAVIDEZ - Avaliação psicológica

A gravidez representa uma importante etapa desenvolvimental que supõe uma redefinição psicossocial em torno das tarefas de construção da identidade materna e do envolvimento emocional com o bebé, sendo que os estudos, por um lado, mostram que de uma forma geral as mulheres constroem uma representação positiva da sua gravidez com sentimentos de bem-estar, satisfação pessoal e realização (Pires, 2005). Apesar disso, e por outro lado, a literatura retrata também esta transição como particularmente difícil na qual, desde o início da gravidez até ao período pós-parto, várias mudanças importantes ocorrem simultaneamente em nível biológico, psicológico e social, sendo que os ajustes a estas mudanças podem colocar as mulheres em situação de risco com a experiência de dificuldades psicológicas (Figueiredo & Conde, 2011). Estas dificuldades tornam-se mais óbvias nos estudos que se centram em torno dos sintomas de ansiedade e depressão presentes na gravidez e cujos resultados revelam o seu impacto na saúde mental das mulheres, objetivando que as grávidas experienciam ansiedade e que esta apresenta contornos muito específicos, como por exemplo a sua progressiva diminuição desde o período da gravidez até ao pós-parto (Figueiredo & Conde, 2011).

Tendo em conta este enquadramento inicial o objetivo desta investigação consiste no contributo para uma melhor compreensão sobre o stresse vivido durante a gravidez, tendo em conta os importantes impactos nas grávidas, no feto ou criança, e no parto, nas suas várias dimensões, e que são assinalados pelos vários estudos em torno desta problemática.

É nossa convicção, à semelhança de toda a investigação, que quanto mais soubermos sobre esta matéria mais poderemos contribuir para a melhoria da saúde biopsicossocial de todas as partes envolvidas. Por tudo isto estamos muito agradecidos pelo seu contributo. Caso pretenda acompanhar os resultados por favor envie email para o investigador.



José Miguel Silva
jmospsi@gmail.com
915672332

ANEXO 3

Stresse na Gravidez | Tese de mestrado em psicologia

José Miguel Oliveira e Silva (5º ano do mestrado integrado em psicologia)

Orientação: Prof. Dr. Abel Pires

Recolha de dados: Maternidade Júlio Dinis do Centro Hospitalar do Porto



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO STRESSE NA GRAVIDEZ - Avaliação psicológica

Eu, abaixo-assinado,

_____:

Fui informada de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina ao estudo do stress durante a gravidez, com o fim de esclarecer uma correlação entre este e o impacto no desfecho obstétrico. Também fui informada que as investigadoras responsáveis por este estudo são as **Dra. Alexandrina Mendes** do CHP, (*alexandrinasmendes@gmail.com*) e o Aluno da FPCEUP **José Miguel Oliveira Silva** (*jmospsi@gmail.com*). Sei que é pretendida a aplicação de dois questionários, com duração de cerca de 20 minutos, e que servem os objetivos deste estudo. Foi-me garantido que **todos os dados de identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato**.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Data

____/____/____

Assinatura



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

centro hospitalar
do Porto

Investigador responsável:
José Miguel Silva

Data

____/____/____

Assinatura

ANEXO 4

Stresse na Gravidez | Tese de mestrado em psicologia
José Miguel Oliveira e Silva (5º ano do mestrado integrado em psicologia)
Orientação: Prof. Dr. Abel Pires
Recolha de dados: Maternidade Júlio Dinis do Centro Hospitalar do Porto



CÓD. IDENTIFICAÇÃO.: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____
Data de nascimento: _____
Morada: _____
Tel: _____ Email: _____ Naturalidade: _____
Habilitações literárias: _____ Profissão: _____
Estado civil: _____ Onde e com quem vive: _____

GRAVIDEZ

Primeira vez que engravida? sim ☐ não ☐ obs: _____
Primípara ☐
Múltipara (nº): _____ Parto: normal ☐ cesariana ☐ obs: _____
Tempo de gravidez: _____ (semanas) 1º trimestre ☐ 2º trimestre ☐ 3º trimestre ☐
Gravidez de risco: sim ☐ não ☐
Gravidez planeada: sim ☐ não ☐

ESTADO DE SAÚDE

Fumadora: sim ☐ não ☐ ex ☐
Patologias: _____
Psicopatologias: _____
Patologia na família: _____

PREOCUPAÇÕES NAGRAVIDEZ

Saúde / Bem-estar do bebé: ☐ _____ Parto: ☐ _____
Saúde própria: ☐ _____
Imagem / Impacto corporal: ☐ _____ Pós-parto: ☐ _____
Falta de apoio familiar: ☐ _____
Falta apoio médico: ☐ _____ Bens materiais: ☐ _____
Nenhuma: ☐ _____



ANEXO 5

For use by José Silva only. Received from Mind Garden, Inc. on June 19, 2017



www.mindgarden.com

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for the above named person to use the following copyright material;

Instrument: ***State-Trait Anxiety Inventory for Adults***

Authors: ***Charles D. Spielberger, in collaboration with R.L. Gorsuch, G.A. Jacobs, R. Lushene, and P.R. Vagg***

Copyright: ***1968, 1977 by Charles D. Spielberger***

for his/her thesis research.

Five sample items from this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any other published material.

Sincerely,

Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

ANEXO 6

For use by José Silva only. Received from Mind Garden, Inc. on June 19, 2017

For Dissertation and Thesis Appendices:

You cannot include an entire instrument in your thesis or dissertation, however you can use up to five sample items. Academic committees understand the requirements of copyright and are satisfied with sample items for appendices and tables. For customers needing permission to reproduce five sample items in a proposal, thesis, or dissertation the following page includes the permission form and reference information needed to satisfy the requirements of an academic committee.

Putting Mind Garden Instruments on the Web:

If your research uses a Web form, you will need to meet Mind Garden's requirements by following the procedure described at <http://www.mindgarden.com/how.htm#instrumentweb>.

All Other Special Reproductions:

For any other special purposes requiring permissions for reproduction of this instrument, please contact info@mindgarden.com.

ANEXO 7

	<i>Idade</i>	<i>Trimestre de gravidez</i>	<i>Número de partos</i>	<i>Habilitações académicas</i>	<i>STAI-Y1 bruto</i>	<i>STAI-Y1 percentil</i>	<i>STAI-Y2 bruto</i>	<i>STAI-Y2 percentil</i>	<i>IACLIDE bruto</i>	<i>IACLIDE grau de depressão</i>
1	36	3º trimestre	Múltipara	Nível superior	42	71	23	4	15	Normal
2	37	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	52	92	36	50	0	Normal
3	29	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	34	45	32	33	5	Normal
4	27	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	25	10	21	1	5	Normal
5	30	1º trimestre	Primípara	Nível superior	39	63	33	37	12	Normal
6	30	1º trimestre	Primípara	Nível superior	20	1	27	13	0	Normal
7	32	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	23	7	31	27	10	Normal
8	18	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	30	27	32	33	24	Leve
9	25	3º trimestre	Primípara	Nível superior	65	99	69	100	46	Moderada
10	27	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	23	7	31	27	5	Normal
11	24	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	27	16	33	37	11	Normal
12	36	3º trimestre	Múltipara	Nível superior	23	7	31	27	1	Normal
13	34	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	23	7	20	1	0	Normal
14	34	1º trimestre	Múltipara	Nível secundário	22	4	27	13	12	Normal
15	30	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	20	1	20	1	0	Normal
16	41	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	20	1	20	1	4	Normal
17	24	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	31	30	32	33	23	Leve
18	31	1º trimestre	Primípara	Nível superior	31	30	22	2	5	Normal
19	30	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	30	27	34	42	4	Normal
20	34	1º trimestre	Múltipara	Nível superior	24	9	32	33	13	Normal
21	37	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	20	1	27	13	0	Normal
22	18	3º trimestre	Primípara	Nível superior	65	99	69	100	24	Leve
23	36	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	52	92	32	33	1	Normal
24	41	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	23	7	36	50	4	Normal
25	29	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	31	30	33	37	5	Normal
26	36	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	34	45	32	33	15	Normal
27	30	1º trimestre	Primípara	Nível superior	20	1	32	33	4	Normal
28	24	1º trimestre	Primípara	Nível superior	31	30	27	13	11	Normal
29	34	3º trimestre	Múltipara	Nível superior	23	7	22	2	12	Normal
30	30	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	23	7	20	1	12	Normal
31	31	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	25	10	34	42	5	Normal
32	27	3º trimestre	Múltipara	Nível superior	42	71	20	1	5	Normal
33	34	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	20	1	31	27	0	Normal
34	24	1º trimestre	Múltipara	Nível superior	24	9	32	33	23	Leve
35	30	1º trimestre	Múltipara	Nível secundário	22	4	21	1	0	Normal
36	34	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	27	16	20	1	13	Normal
37	27	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	30	27	33	37	5	Normal
38	32	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	30	27	31	27	10	Normal
39	25	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	23	23	23	4	46	Moderada
40	30	1º trimestre	Primípara	Nível superior	39	63	31	27	0	Normal
41	42	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	20	1	20	1	4	Normal
42	26	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	23	7	31	27	5	Normal
43	33	3º trimestre	Múltipara	Nível superior	23	7	22	2	12	Normal
44	26	3º trimestre	Primípara	Nível secundário	25	10	21	1	5	Normal
45	35	1º trimestre	Primípara	Nível secundário	52	92	32	33	1	Normal
46	29	1º trimestre	Primípara	Nível superior	39	63	31	27	0	Normal
47	29	1º trimestre	Primípara	Nível superior	39	63	33	37	12	Normal
48	31	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	20	1	20	1	0	Normal
49	23	3º trimestre	Múltipara	Nível secundário	31	30	32	33	23	Leve
50	33	1º trimestre	Múltipara	Nível superior	24	9	32	33	13	Normal